

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN
EN SALUD PARA LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
BUCARAMANGA S.A., BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006.**

ADOLFO MERCHÁN RINCÓN

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2011

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN
EN SALUD PARA LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
BUCARAMANGA S.A., BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006.**

ADOLFO MERCHÁN RINCÓN

**Libro de trabajo de grado para optar al
Título de Ingeniero Industrial**

**Director de Proyecto
MÓNICA LILIANA RAMÍREZ ÁLVAREZ
Ingeniera Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2011

Dedico este trabajo a:

A Dios gracias por entregarme a mí, a mi familia y a todas las personas que hicieron parte de este proyecto, la integridad física y mental para su desarrollo,

A mis padres por toda una vida de sacrificios, esfuerzos, dedicación y valores inculcados en mi persona,

A mis profesores de escuela, colegio y universidad que aportaron valiosos conocimientos en mi formación,

A mi tío Lorenzo "Chirimbolo", por enseñarme la vida fuera de casa, además de su inagotable apoyo psicológico y económico e inculcarme el estudio y el conocimiento como un camino al éxito,

A mi tío Miguel "El Barbas" por su apoyo psicológico y económico,

A mi hermana Cecilia por su paciencia, constancia, afecto y apoyo,

A mi Cuñado Orlando por haberme acogido como un hijo, dándome siempre su apoyo,

A mis 7 hermanas por su respaldo,

A mi hermana Marcela "Mi Goli" por su tenacidad y ejemplo,

A TREATRO UIS, por abrir el telón de una formación integral enseñándome, hasta el momento, 6 años de Arte, Trabajo y Pasión,

Al profesor William Hoyos, por su ejemplo para asumir la profesión del Ingeniero Industrial,

AGRADECIMIENTOS

A Rosalbina Suarez Plata, por elegirme como compañero de trabajo, apoyándome en quehacer empresarial,

A la Dra. Sandra Rocío Pinilla Jaimes por acogerme dentro del Equipo del Hospital,

Al Dr. Armando Carvajal Puyana, por alentarme a continuar volando con las alas de los sueños,

A la Dra. Piedad Cecilia Serpa, por su acompañamiento, enseñanza y ejemplo,

Al Dr. Daniel González por su empuje y colaboración en los momentos difíciles,

A toda la familia de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A.

A mi directora de proyecto, por su apoyo.

A Diana Marcela Castillo Blanco, por facilitarme medios tecnológicos para el ejecutar este trabajo y por “darme Tanto Apoyo” y “Tanta tranquilidad” que necesité, durante los momentos más críticos del desarrollo del proyecto.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	21
1. GENERALIDADES DE PROYECTO	24
1.1. OBJETIVO GENERAL	24
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
1.3 JUSTIFICACIÓN	26
2. MARCO TEÓRICO	29
2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA MEDICINA	29
2.2 DECRETO 1011 DEL 3 ABRIL DE 2006	34
2.2.1 Campo de aplicación..	34
2.2.2 Características del SOGCS.	35
2.2.3 Componentes del SOGCS	36
2.2.4 Entidades Responsables del SOGCS	36
2.2.5. Sistema Único de Habilitación.....	37
2.2.6 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud..	38
2.2.7. Sistema Único de Acreditación.	38
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	39
3.1 UBICACIÓN	39
3.2 RESEÑA HISTÓRICA	40
3.3 MISIÓN	41
3.4 VISIÓN	41
3.5 PRINCIPIOS Y VALORES	42
3.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	42
3.7 SERVICIOS	42

4. DIAGNÓSTICO	44
4.1 DISEÑO DE LAS HERRAMIENTAS PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO	44
4.1.1 Análisis al Decreto 1011 de 2006.	45
4.1.1.1 Asignación de nivel de cumplimiento..	46
4.1.2 Análisis al componente Sistema Único de Habilitación	47
4.1.2.1 Normatividad del Sistema Único de Habilitación.....	47
4.1.2.2 Modificaciones al Sistema Único de Habilitación..	48
4.1.2.3 Análisis a la Resolución 1043 de 2006.....	50
4.1.2.3.1 Condiciones de capacidad tecnológica y científica.	50
4.1.2.3.2 Diagnóstico de condiciones de capacidad tecnológica y científica.....	53
4.1.2.3.3 Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.....	54
4.1.2.3.4 Condiciones de capacidad técnico administrativa.	56
4.1.3 Análisis al componente PAMEC.....	57
4.1.3.1 Diagnóstico al componente PAMEC.....	58
4.1.4 Análisis al componente Sistema Único de Acreditación..	59
4.1.4.1 Escala de calificación	61
4.1.4.2 Reglas para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación	64
4.1.4.2.1 Cambios en las reglas de otorgamiento de acreditación.	64
4.1.4.3 Diagnóstico del Sistema Único de Acreditación.....	65
4.1.5 Análisis al componente Sistema de Información para la Calidad.	65
4.1.5.1 Diagnóstico al componente Sistema de Información para la Calidad.....	66
4.2 RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO	67
5. PLANIFICACIÓN.....	68
5.1 CREACIÓN DE GRUPOS PRIMARIOS	68
5.1.1 Asignación de plan a los grupos primarios.....	71
6. SENSIBILIZACIÓN	72
6.1 DISEÑO, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE PLANES DE CAPACITACIÓN.....	72
6.1.1 Plan de Estimulo de Memoria a través del cuestionamiento..	74
6.1.2 Plan socialización de conceptos según resultados del cuestionamiento.....	75

6.1.3 Plan distribución de material para lectura.....	75
6.1.4 Plan de socialización de resultados.....	76
6.1.5 Plan de eventos adversos.....	77
6.2 EVALUACIÓN DE LOS PLANES.....	79
7. DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN	81
7.1 DESARROLLO DE FUNDAMENTOS ESTRATÉGICOS.....	81
7.1.1 Formulación de una nueva misión.....	82
7.1.2 Formulación de una nueva visión.	83
7.1.3 Formulación de nuevos principios y valores.....	84
7.2 DESARROLLO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS.....	84
7.2.1 Herramientas para socializar la Gestión por Procesos.....	84
7.2.1.1 Aplicación de la Técnica cuadro SQA. S.....	85
7.2.1.2 Aplicación de la lectura Autorregulada.....	86
7.2.1.3 Proyección visual de la Gestión por Procesos.....	86
7.2.1.4 Culminación del Cuadro SQA.	87
7.2.1.5 Evaluación de las Herramientas para socializar la Gestión por Procesos.	87
7.2.1.6 Retroalimentación de los Método aplicados.	90
7.3 IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS.....	90
7.3.1 Elaboración de la base documental.	90
7.3.2 Identificación de procesos..	91
7.3.2.1 Elaboración del Mapa de procesos.	92
7.3.2.2 Caracterización de Procesos.....	93
8. SEGUIMIENTO AL SOGCS.....	94
8.1 PRIMERA AUDITORÍA AL SOGCS.....	95
8.1.1 Seguimiento al componente Sistema Único de Habilitación..	95
8.1.1.1 Seguimiento a las condiciones tecnológicas y científicas	95
8.1.1.2 Seguimiento a condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	97
8.1.1.3 Seguimiento a condiciones técnico administrativas	99
8.2 SEGUNDA AUDITORÍA AL SOGCS.....	103

8.2.1 Seguimiento al componente Sistema Único de Habilitación	103
8.2.1.1 Seguimiento a las condiciones tecnológicas y científicas	103
8.2.1.2 Seguimiento a condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	104
8.2.1.3 Seguimiento a condiciones técnico administrativas	105
9. CONCLUSIONES	110
10. RECOMENDACIONES	112
BIBLIOGRAFÍA	114
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	117

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Ubicación Geográfica del Hospital.	39
Figura 2. Estructura Organizacional	43
Figura 3. Nivel de dominio del Equipo sobre conocimientos del SOGCS	79
Figura 4. Evaluación de planes ejecutados en el fortalecimiento de conceptos básicos del SOGCS	80
Figura 5. Mapa de Procesos	93
Figura 6. Seguimiento a la suficiencia patrimonial	98
Figura 7. Encuesta de satisfacción al usuario	102
Figura 8. Seguimiento a la suficiencia patrimonial	104
Figura 9. Tasa de satisfacción al cliente	109

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Análisis al Decreto 1011 de 2006.....	46
Tabla 2. Normatividad del Sistema Único de Habilitación	47
Tabla 3. Resumen de cambios contenidos en la Resolución 2680 de 2007	48
Tabla 4. Resumen de modificaciones establecidas en el Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 2680 con respecto al Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 1043	49
Tabla 5. Resumen de modificaciones contenidas en la Resolución 3763 de 2007	49
Tabla 6. Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica.....	51
Tabla 7. Formato para evaluar condiciones de capacidad tecnológica y científica	52
Tabla 8. Formato de consolidación de condiciones tecnológicas y científicas	53
Tabla 9. Formato para evaluar condiciones de suficiencia patrimonial	55
Tabla 10. Formato para evaluar condiciones de capacidad técnico-administrativas	57
Tabla 11. Formato para diagnóstico del PAMEC	58
Tabla 12. Diagnóstico PAMEC	58
Tabla 13. Anexo Técnico N° 1 de la Resolución 1445	59
Tabla 14. Formato para evaluación de Estándares de Acreditación (Parte 1)	60
Tabla 15. Formato para evaluación de Estándares de Acreditación (Parte 2)	61
Tabla 16. Escala de calificación por dimensión y variable	63
Tabla 17. Reglas para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación ...	64

Tabla 18. Cambios en las reglas para toma de decisiones de otorgamiento de acreditación	64
Tabla 19. Diagnóstico del Sistema Único de Acreditación	65
Tabla 20. Formato para Diagnóstico del Sistema de Información para la Calidad	66
Tabla 21. Diagnóstico al componente Sistema de Información para la Calidad....	66
Tabla 22. Diagnóstico del SOGCS	67
Tabla 23. Grupos Primarios.....	69
Tabla 24. Formato para fortalecer competencias de conocimientos básicos en el SOGCS	74
Tabla 25. Fortaleciendo conceptos básicos sobre el SOGCS.....	76
Tabla 26. Formato para consolidar resultados de conceptos	77
Tabla 27. Reformulación de la Misión	82
Tabla 28. Reformulación de la Visión.....	83
Tabla 29. Reformulación de Principios y Valores	84
Tabla 30. Cuadro SQA	85
Tabla 31. Método IPLER. Registro de lectura-Autorregulada.....	86
Tabla 32. Algunos resultados de la aplicación del Cuadro SQA	87
Tabla 33. Algunos resultados de la Aplicación del Método IPLER-Lectura Autorregulada.....	89
Tabla 34. Listado de Procesos y Nomenclatura	91
Tabla 35. Seguimiento a condiciones tecnológicas y científicas en Auditoria 1	95
Tabla 36. Avance en el nivel de cumplimiento a condiciones de capacidad tecnológica y científica	96
Tabla 37. Disminución de estándares no cumplidos	96
Tabla 38. Seguimiento a condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	97

Tabla 39. Seguimiento a condiciones técnico administrativas	99
Tabla 40. Seguimiento al componente PAMEC	100
Tabla 41. Seguimiento al componente Sistema Único de Acreditación	100
Tabla 42. Seguimiento al componente Sistema de Información para la Calidad	101
Tabla 43. Resultado de la primera Auditoría al SOGCS	101
Tabla 44. Nivel de avance del SOGCS	102
Tabla 45. Seguimiento a condiciones tecnológicas y científicas	103
Tabla 46. Avance en el nivel de cumplimiento de capacidad tecnológica y científica	103
Tabla 47. Seguimiento a condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	104
Tabla 48. Seguimiento a condiciones técnico administrativas	105
Tabla 49. Seguimiento al componente PAMEC	106
Tabla 50. Seguimiento al componente Sistema Único de Acreditación	106
Tabla 51. Seguimiento al componente Sistema de Información para la calidad .	107
Tabla 52. Resultado de la segunda auditoría	107
Tabla 53. Nivel de avance del SOGCS	108
Tabla 54. Tabulación de encuesta de satisfacción al cliente.....	108

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1. Resumen del Decreto 1011
- Anexo 2. Asignación de Plan de acción a grupos primarios
- Anexo 3. Cuadro SQA
- Anexo 4. Instructivo para diligenciar Cuadro SQA
- Anexo 5. Lectura Autorregulada - Gestión por procesos
- Anexo 6. Instructivo para diligenciar Registro de Lectura Autorregulada
- Anexo 7. Registro de lectura autorregulada
- Anexo 8. Procedimiento de control de documentos
- Anexo 9. Requisitos en el encabezado de los documentos
- Anexo 10. Requisitos de codificación de los documentos
- Anexo 11. Estándares de Gerencia de sistemas de Información
- Anexo 12. Formato de Solicitud de revisión documental
- Anexo 13. Formato para elaborar Instructivos
- Anexo 10. Requisitos de codificación de los documentos
- Anexo 11. Estándares de Gerencia de sistemas de Información
- Anexo 12. Formato de Solicitud de revisión documental
- Anexo 13. Formato para elaborar Instructivos
- Anexo 14. Formato para elaborar procedimientos
- Anexo 15. Formato para elaborar ficha técnica del indicador
- Anexo 16. Formato para elaborar Protocolos
- Anexo 17. Caracterización
- Anexo 18. Formato para elaborar Manuales
- Anexo 19. Listado Maestro de documentos
- Anexo 20. Formato de Planeación de Socialización
- Anexo 21. Formato de Socialización
- Anexo 22. Formato de distribución de documentos
- Anexo 23. Caracterización SIAUR

- Anexo 24. Caracterización Urgencias
- Anexo 25. Caracterización Hospitalización
- Anexo 26. Caracterización Quirúrgico y Esterilización
- Anexo 27. Caracterización Consulta Externa
- Anexo 28. Caracterización Docencia Servicio
- Anexo 29. Caracterización Ayudas Diagnósticas
- Anexo 30. Caracterización Gestión Jurídica
- Anexo 31. Procedimiento de Auditoría Interna
- Anexo 32. Escalas de calificación en estándares de acreditación
- Anexo 33. Programa anual de auditorías
- Anexo 34. Formato de planeación de auditoría
- Anexo 35. Formato ejecución de auditoría
- Anexo 36. Formato de Observaciones de auditoría
- Anexo 37. Formato para elaborar informe de auditoría
- Anexo 38. Formato de Auditoría en estándares de habilitación
- Anexo 39. Formato de auditoría en estándares de habilitación
- Anexo 40. Formato de auditoría en estándar de Recurso Humano
- Anexo 41. Formato de verificación en condiciones técnico administrativas
- Anexo 42. Formato de verificación en suficiencia patrimonial y financiera
- Anexo 43. Formato de auditoría en estándares de acreditación de servicios hospitalarios
- Anexo 44. Formato de auditoría en acreditación de estándares de servicios ambulatorios
- Anexo 45. Formato de Nivel de cumplimiento a estándares de habilitación
- Anexo 46. Asignación de plan de acción auditoría 1
- Anexo 47. Asignación de plan de acción auditoría 2

RESUMEN

1. TITULO*

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD PARA LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A., BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006.

2. AUTOR

ADOLFO MERCHÁN RINCÓN**

3. PALABRAS CLAVE

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Decreto 1011 de 2006, Sistema Único de Habilitación, PAMEC, Sistema de Información para la Calidad en Salud, Sistema Único de Acreditación

4. CONTENIDO

En este trabajo se presentan los componentes obligatorios que debe cumplir una Institución Prestadora de Servicios de Salud para hacer parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El proyecto en su primera etapa muestra el estado de cumplimiento de la institución frente a los requisitos obligatorios que debe cumplir como Institución Prestadora de Servicios de Salud. El diagnóstico permitió identificar los requisitos sobre los cuales se debía plantear acciones para alcanzar el cumplimiento.

La identificación de requisitos no cumplidos permitió asignar responsabilidades a los Grupos primarios que fueron creados con el fin de atender las necesidades del Sistema. Se realizó la sensibilización del personal para fortalecer el desarrollo de las actividades. Se desarrolló parte de la filosofía estratégica que debía orientar las acciones dentro del Sistema. Finalmente se realizó seguimiento al cumplimiento de los componentes a través de dos auditorías.

*Trabajo de grado en la modalidad de práctica empresarial

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingeniería Físico-mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director: Mg. Mónica Liliana Ramírez Álvarez

ABSTRACT

1. TITLE*

DESIGN, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF THE MANDATORY SYSTEM FOR ASSURANCE OF QUALIFIED ATTENTION IN HEALTH CARE FOR 'LOS COMUNEROS' UNIVERSITY HOSPITAL OF BUCARAMANGA PLC; BASED ON DECREE 1011 OF 2006.

2. AUTHOR

ADOLFO MERCHÁN RINCÓN**

3. KEY WORDS

Mandatory System for Quality Assurance in Health Care, Decree 1011 of 2006, Unique Enabling System PAMEC, Information System for Quality in Health Care, Unique Accreditation System.

4. CONTENT

Here are presented the mandatory compounds that a health services-providing institution must accomplish in order to belong to the General System of Social Security in Health Care. The first part of the project shows the institution's status of accomplishment facing the mandatory requirements that it must meet as a Health Care Service-providing Institution. The diagnosis allowed to identify the requirements on which the actions to reach the accomplishment must be planned.

The identification of unmet requirements allowed assigning responsibilities to the primary groups that were created with the aim of meeting the needs of the System. The personnel were sensitized in order to strengthen the development of the activities. It was developed part of the strategic philosophy that must orient the actions within the System. Finally, the accomplishment of the components was monitored by means of two audits.

* Graduation paper in the mode of business practicum.

** Industrial University of Santander, Faculty of Physical-mechanical Engineering. School of Industrial and Business studies. Project director: Ing. Mónica Lilliana Ramírez Álvarez

GLOSARIO

ATENCIÓN DE SALUD: se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA: son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un

sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA: son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SOGCS: es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

CONDICIONES DE CAPACIDAD DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA: es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

INTRODUCCIÓN

La necesidad que impulsa el desarrollo de este proyecto puede interpretarse de una forma u otra dependiendo del sistema de referencia del observador. A principios del siglo XX nuestro amigo Albert Einstein explicó su teoría de la relatividad en la cual la concepción del mundo de ese entonces, el mundo Newtoniano, experimentaría un cambio tan drástico como fundamental. En palabras de George Gamow (1971) en su libro Biografía de la Física explica:

“Sucesos que ocurren en un mismo sitio pero en diferentes tiempos en un sistema, acontecen en diferentes lugares cuando son observados desde otro sistema que se mueve con respecto al primero.”¹

“Acontecimientos que ocurren al mismo tiempo pero en diferentes sitios de un sistema, ocurren en diferentes tiempos cuando se les observa desde otro sistema que se mueve con respecto al primero”²

Pues bien, de este carácter y esencia relativista no se escapa la mirada analítica que pueda ponerse a lo largo de la lectura de estas líneas. Cada individuo desempeña un papel diferente, en distintos lugares, y a un mismo lugar llegan diferentes individuos a intentar desempeñar un mismo papel; cuantificar la validez y utilidad del contenido de este documento. Tal es el caso de este proyecto, por las mismas razones de ocurrencia de un sistema con respecto al otro.

¹ GAMOW, George. Biografía de la Física. Harper & Row, Publishers-Revista de Occidente. Salvat Editores, S.A – Alianza Editorial S.A. 1971. p.143

² GAMOW, George. Biografía de la Física. Harper & Row, Publishers-Revista de Occidente. Salvat Editores, S.A – Alianza Editorial S.A. 1971. p.144

Para nuestro caso son tres los sistemas de referencia desde donde ocurren nuestros hechos y nuestros tiempos. Estos tres sistemas, son tres actores principales en la obra social, La Universidad, El Estudiante y La Empresa. Cada uno de ellos con su respectiva misión, visión, políticas, objetivos, y principios, como orientadores en su papel social y económico.

La Universidad, en nuestro caso, La Universidad Industrial de Santander, como estrategia básica del Estado, actúa como centro gestor de conocimiento, que ofrece y permite a los individuos de la comunidad (por lo general individuos de escasa capacidad económica), la oportunidad de acceder al sistema educativo superior, con el fin de descubrir y/o reafirmar y enaltecer la destreza de algún arte implícito en el individuo. Arte que es demandado por la Empresa como estrategia para la permanencia y crecimiento en el mercado. Por su parte el individuo como ente elemental de la sociedad, acude al uno y al otro como estrategia para establecer un equilibrio intelectual y consecuentemente un equilibrio económico que le permita desarrollarse a merced de su voluntad o la de su grupo.

Por tanto, con el desarrollo de este trabajo se pretende cosechar y seleccionar los mejores frutos obtenidos en el proceso educativo tanto en lo profesional como en lo artístico, para sembrar sus semillas en el ejercicio del proceso empresarial, abonar con la reflexión, la creatividad y el arte del proceso de formación personal, con el fin de afianzar empalmar, compartir objetivos, suplir necesidades y lograr materializar la misión y visión en cada uno de dichos procesos y a favor de cada actor, para que como fin primordial y último, el mejor fruto de nuestros esfuerzos esté al alcance del paladar de nuestro prójimo; los ciudadanos. En esta medida sea cual fuere el sistema de referencia, debe concluirse que la necesidad primigenia, reside en los esfuerzos emprendidos por el ciudadano colombiano para alcanzar su bienestar físico, mental y social, y que, independiente del sistema

donde nos hallemos, es un deber abandonar el interés personal siempre y cuando éste no contemple ni apunte hacia el interés común.

El estéril terreno escogido para labrar nuevas filosofías, para abonar con la interpretación colectiva de los principios, para regar con la actitud amable, respetuosa y positiva, y cosechar el fruto del bien común, corresponde al sector de la salud. Dado que es considerado como un sector de alto impacto social, en donde el virus más fuerte que acecha es la actitud inmune ante el dolor ajeno, en donde el síntoma más grave es la omisión de los principios del arte, es necesario aplicar las vacunas desarrolladas en el seno del poder legislativo, las perseguidas por el nivel directivo, y las obtenidas y desarrolladas en la creatividad de los nuevos profesionales.

1. GENERALIDADES DE PROYECTO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema Obligatorio de Gestión de Calidad de la Atención de Salud para Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, basado en el decreto 1011 de 2006.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Gestionar, organizar y administrar las fuentes de información necesarias para fortalecer el desarrollo de las actividades aquí propuestas.
2. Realizar, de acuerdo a los requisitos consignados en el Decreto 1011 de 2006, el diagnóstico inicial sobre las condiciones actuales en que se encuentra Los comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.
3. Diseñar, teniendo en cuenta el diagnostico inicial, un plan cronológico para el desarrollo del sistema Obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud.
4. Diseñar, ejecutar y evaluar planes de capacitación en el personal del hospital a fin de concienciar en ellos la necesidad de implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
5. Desarrollar los fundamentos que sostienen un sistema de gestión que incluye misión, visión, políticas, valores corporativos, estructura organizacional, política y objetivos de calidad, indicadores.

6. Establecer, difundir y evaluar el acogimiento a la misión, visión, políticas, valores corporativos, estructura organizacional, política de calidad, objetivos de calidad e indicadores, propios para el direccionamiento de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.
7. Documentar los diferentes procesos y sus respectivos procedimientos, como herramienta estratégica para garantizar que los propósitos que se han planeado y establecido sean consecuentes con las acciones ejecutadas.
8. Implementar a través de diferentes sistemas de comunicación, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
9. Mantener y mejorar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
10. Realizar dos auditorías internas de acuerdo a los procedimientos establecidos, con el fin de recopilar evidencias que den fe, en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
11. Realizar los ajustes necesarios al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de acuerdo a los resultados arrojados en la auditoría.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La necesidad o utilidad de este proyecto más que responder a un problema, es una oportunidad de cambio que apunta hacia la consecución de un bien común; la salud.

Salud es un derecho fundamental del ser humano, en el caso del estado colombiano se encuentra contemplado en la constitución política. Todas las civilizaciones han demostrado un pleno interés por organizar sus sistemas de salud, para el año 1935 aproximadamente el presidente de los estados unidos de América creo lo seguros sociales como forma de garantizar la atención en salud de sus ciudadanos, iniciativa que sirvió de modelo para los países latinoamericanos.

En el caso de Colombia la atención de salud ha evolucionado desde la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, en 1946, hasta la reforma de 1993 donde se establece el sistema de seguridad social integral en salud. El establecimiento de la Ley 100 de 1993 promueve la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud. A partir de ello las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se ven sometidas a un escenario de competencia en donde el usuario tiene el derecho a elegir la empresa que le prestará los servicios que éste pueda demandar.

Dado que la actividad competitiva de las empresas no se detiene sino que sigue en aumento, igualmente considerando que los usuarios de los servicios y productos son cada día más exigentes, y contemplando la normatividad nacional acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A. ha decidido apoyarse en el importante papel que desempeñan las instituciones educativas como la Universidad Industrial de Santander, para emprender desde el seno de su organización un proyecto que

le permita mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud ofrecidos, buscando que los usuarios vigentes y potenciales opten y sigan optando por los servicios de salud que el Hospital ofrece. Y es a través del cumplimiento de los estándares básicos de estructura y de procesos, contenidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, que será posible reducir los riesgos asociados a la amenaza de la vida y/o salud de los usuarios.

Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A., en la actualidad es una joven Institución, pues solo hasta septiembre de 2008 nace como empresa privada, después de haber pertenecido a la ESE Francisco de Paula Santander y anterior a ello al Instituto de Seguros Sociales. Este nuevo cambio requiere de nuevos compromisos, de nuevas estrategias y de nuevos proyectos que le permitan a la administración velar por los intereses de la nueva junta directiva. Por otra parte el control del estado sobre este tipo de entidades exige que éstas se acojan a determinadas normas que permitan mantener y mejorar la prestación de servicios de salud. Si bien es cierto que el Hospital se encuentra habilitado para la prestación de los servicios, es necesario realizar las debidas autoevaluaciones que permitan fortalecer dicho proceso, además se debe dar continuidad a los otros tres componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en búsqueda de la Acreditación institucional. La falta de documentación ha dificultado el análisis estratégico y operacional de la institución. Es necesario establecer las actividades como hábitos consecuentes a la planeación estratégica de la compañía. Igualmente, la planeación estratégica hasta ahora desarrollada solicita una reestructuración más elocuente a su nueva práctica. En cuanto a misión, visión, política, objetivos y principios, no están claramente difundidos ni manejados por el personal, lo que hace difícil trabajar en búsqueda del cumplimiento de los intereses de la administración y los del mismo equipo de trabajo que constituye al Hospital. Igualmente se hace necesario refrescar las relaciones laborales, a través de mejores métodos de flujo de la información.

En último la utilidad de este proyecto se fundamenta en el impacto social que puede y pretende llegar a tener. El usuario necesita recibir una adecuado prestación del servicio, El Estado necesita asegurar el mantenimiento y mejora de la prestación de servicios de salud, La Universidad necesita cumplir con su propósito de mejorar la calidad de vida de la comunidad a demás de otros propósitos consignados en su misión, y El Estudiante necesita consolidar sus conocimientos, contribuir al mejoramiento de su entorno social y desarrollar su vida personal en pro de las próximas generaciones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA MEDICINA

Por donde quiera que se le mire, ya sea desde el evolutivo natural, como desde el evolutivo teológico, los seres humanos somos individuos indefensos, en la medida que por sí solos no lograríamos sortear tantas adversidades del entorno. Tenemos una infancia demasiado larga comparada con la de otras especies y estamos desprovistos de pelaje, garras, colmillos protuberantes o cualquier otra dote que nos permitiese hacerle frente al medio hostil. Sin embargo tal vez estas mismas ausencias físicas, impulsaron el desarrollo intelectual y se nos entregó por herencia la capacidad de crear. Y fue así como apareció el ingenio y con él la herramienta, el lenguaje y un sistema social que nos otorgó ventaja sobre las demás especies. Desde este sistema social, en que se implicó la familia y el grupo social, “se desarrollaron varios sistemas de prevención y cura adquiridos a través de ensayos-error, gracias a un soberbio conocimiento natural del medio y una participación de todo el grupo en labores reparadoras y benéficas, en que el altruismo pronto nos caracterizó como especie”.³ Por tanto podemos inferir que la administración de sistema de salud se fundamentó en la tradición experimental entregada de generación en generación.

En tanto se establecieron los primeros asentamientos humanos en diversas partes del mundo, se dio inicio a diversas artes y ciencias primigenias. En el caso de los egipcios la medicina experimentó una separación tripartita correspondiente a lo religioso, lo mágico y lo empírico, [Hecho que parcialmente goza de vigencia en nuestra sociedad del siglo XXI] por tanto la administración de la salud era regida

³ Diario de los Yacimientos de Atapuerca. Disponible en Internet: <http://www.atapuerca.org/Lasaludylaprehistoria.pdf>

por las manos de sacerdotes, magos y médicos y el ciudadano podía recurrir a uno u otro, según se lo indicase su dolencia⁴.

La salud era el bien máspreciado en esa sociedad griega, [no ocurre lo mismo en los comienzos de este nuevo siglo] sin salud no podía haber belleza, y por lo tanto no podía alcanzarse el ideal de reunir ambas condiciones. Y esto influyó en que el médico tuviera una buena posición social, a pesar de que su trabajo en buena parte era manual y retribuido con dinero, dos cosas que eran menospreciadas. Si bien la medicina era sólo un saber técnico y no ciencia propiamente, no era una técnica cualquiera, pues el médico se ocupaba de devolver ese bien al enfermo, era la más elevada de las artes.

Sólo las grandes comunidades tenían un médico municipal permanente que recibía un salario. De regla, el médico tenía que viajar buscando trabajo. Llegado a un sitio adecuado, arrendaba un lugar que se convertía en *iatreion*, consulta con sala quirúrgica. Los que tenían dinero podían pagar al médico para ser atendidos en casa. La norma era no decirle al paciente qué afección tenía, a lo menos si era grave. También era norma la consulta entre colegas. No había nada parecido a una licencia médica. La profesión se ejercía bajo dura competencia. La mejor manera de asegurarse el futuro era adquirir prestigio, y ello se lograba especialmente formulando pronósticos acertados. De ahí que el pronóstico haya tenido mucha importancia no sólo en la doctrina sino también en la práctica médica.

La mujer de la sociedad griega clásica en lo médico estaba desamparada: por una parte, rara vez recibía atención de un médico, y, por otra, tenía prohibición de realizar actividad médica. Según una anécdota relatada por Herófilo, existía una mujer con nobles afanes, llamada Agnódice, ansiosa de poder asistir a mujeres en

⁴ Apuntes sobre la prehistoria de la medicina. Cuarta Clase El Arte Hipocrático. Disponible en Internet: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_05.html

las horas del parto, y para lograr tal propósito se vestía de hombre para recibir clases de Herófilo. De esta manera se convirtió en matrona y pudo asistir a muchas parturientas. Pero los médicos envidiosos de sus éxitos la denunciaron ante el Areópago, pero las distinguidas atenienses a que había asistido, se pusieron de su lado, y fue absuelta y la ley fue derogada... El médico, en su quehacer, debía estar guiado por dos principios: el amor al hombre y el amor a su arte.⁵

Hasta mediados de la alta Edad media la medicina se ejerció principalmente en los monasterios. El primero en fundarse fue el de los Benedictinos en el año 529, el Monasterio de Montecassino, destruido en 1944... Sin embargo, el ejercicio de la medicina por parte de los monjes estaba circunscrito a su misión caritativa.⁶

Los logros más notables de la medicina del siglo XVIII ocurrieron casi todos en la segunda mitad del siglo, particularmente los que fueron frutos del movimiento de la Ilustración. Los logros aludidos se dieron en el campo de la salud pública. Por primera vez se habló de la *medicina social*, y pasó a primer plano la idea de la prevención de enfermedades.⁷

La historia del sistema de salud en sus aspectos formales, comienza a mediados del siglo XVI, en que se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios para la atención de enfermos y menesterosos de responsabilidad de instituciones de beneficencia ... El siglo XX se caracteriza por el desarrollo de importantes medidas destinadas a dar estructura al aparato asistencial, establecer normas

⁵ Apuntes sobre la prehistoria de la medicina. Cuarta Clase El Arte Hipocrático. Disponible en Internet: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_05.html

⁶ Apuntes sobre la prehistoria de la medicina. Sexta Clase. La Medicina Medieval. Disponible en Internet: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_07.html

⁷ Apuntes sobre la prehistoria de la medicina. Undécima Clase. Medicina de la Ilustración. Disponible en Internet: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_12.html

para su funcionamiento, aumentar la participación del Estado y ampliar la cobertura y oferta de servicios de salud.⁸

En Colombia históricamente, existen tres periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud. El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció lo que se puede denominar como el “modelo higienista” (Min salud y DNP, 1990). Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (hoy Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado formal (PNUD, 1998). El segundo periodo, que va desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal (PNUD, 1998); sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos. El tercer periodo arranca desde 1990, con la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de

8 JIMENEZ Jorge y Roja Paulina. Temas de medicina ambulatoria. Organización de la atención sanitaria Chilena. Disponible en Internet: <http://escuela.med.puc.cl/publ/medamb/OrganizacionSanitaria.html>

1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991). De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental. Algunos autores como Garay interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de bienestar o benefactor a un Estado social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49). La segunda fuerza es el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990 y que siguió los lineamientos del Consenso de Washington. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993. Vale decir que Chile fue el país pionero en Latinoamérica en introducir este tipo de incentivos de mercado para la prestación de servicios de salud a comienzos de los años ochenta. La característica distintiva del modelo chileno, y la versión correspondiente del mismo para el caso colombiano, es la creación de un Sistema de aseguramiento para la provisión de servicios a través de una red privada de instituciones (Berman y Bossert, 2000). Como resultado de la interacción de las dos fuerzas mencionadas, la Ley 100 de 1993 promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres. Como se mencionó en la introducción, la Ley 100 determinó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano quedara dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los

trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados. El segundo régimen, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con recursos de ingresos corrientes de la nación que se transfieren a los entes territoriales (Sistema General de Participaciones), el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

Las reformas conducentes a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1993 han estado acompañadas de un proceso de descentralización administrativa en la gestión de los recursos y de una apertura para la participación de los agentes privados en la provisión del servicio público de salud.⁹

2.2 DECRETO 1011 DEL 3 ABRIL DE 2006¹⁰

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

2.2.1 Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

⁹ MD. MSc. OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Caracterización del mercado del aseguramiento en el Régimen Contributivo en Colombia. Cartagena, Agosto 2006

¹⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. DECRETO 1011 (3 Abril de 2006) Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2.2 Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

2.2.3 Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

2.2.4 Entidades Responsables del SOGCS. Las entidades responsables son:

1. Ministerio de la Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.
2. Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

2.2.5. Sistema Único de Habilidadación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

2.2.6 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

2.2.7. Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

3.1 UBICACIÓN

Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, se encuentra ubicado en la Carrera 24, Número 30 – 15, de la ciudad de Bucaramanga, capital del Departamento de Santander, Colombia.

Figura 1. Ubicación Geográfica del Hospital.



Fuente: Imágenes editadas por el autor, con la ayuda de Google Earth

3.2 RESEÑA HISTÓRICA

El 15 de septiembre de 2008, nace en Bucaramanga, como una Institución Prestadora de Servicios de Salud en los niveles II, III, IV, Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A., para prestar sus servicios a toda la población del régimen subsidiado y del régimen contributivo, medicina Prepagada, ARP y particulares.

Fue el resultado obtenido después de varios meses de emprendimiento, cuando cinco socios se dieron la tarea de adquirir las instalaciones de la Institución. Anterior a esta fecha, las instalaciones pertenecían a la Clínica Comuneros adscrita a la ESE Francisco de Paula Santander, desde el año 2003.

Ellos se dieron a la tarea de adquirir las instalaciones con todos los inventarios considerados útiles para la prestación del servicio a los usuarios. En ese momento iniciamos funcionamiento con solamente con 15 pacientes, recibidos de la Fundación Cardiovascular que era la administradora de la clínica por medio de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones, CAPRECOM. Por lo tanto la reseña histórica bajo la nueva Razón Social, LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A. es muy reciente.

La meta de los accionistas es convertir el hospital en una IPS líder en la prestación de servicios del Nororiente Colombiano, para lo cual se están realizando adecuaciones de infraestructura física y adquiriendo equipos con tecnología de punta que garanticen la integralidad y seguridad en la atención de pacientes.¹¹

¹¹ Formulada durante la ejecución del proyecto

3.3 MISIÓN

Somos los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A., una Institución privada, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad y formadora de Talento Humano, que tiene como propósitos mantener y mejorar, el bienestar físico, mental y social de todos los usuarios en el Nororiente Colombiano que consultan nuestros servicios, a través del cumplimiento de los requisitos contemplados en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y convenios de docencia servicio ajustados a la normatividad vigente, contando para ello con una infraestructura física habilitada, capacidad tecnológica innovadora, talento humano especializado con compromiso social y mejora continua en todos sus procesos para garantizar la seguridad en la atención, el crecimiento y la solidez financiera con alto nivel competitivo en el mercado de la región.¹²

3.4 VISIÓN

Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A., en el 2015 será la Institución Prestadora de Servicios de Salud preferida por las EPS y los usuarios de los servicios de salud del Nororiente Colombiano, por sus condiciones de acreditación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.¹³

¹² Formulada durante la ejecución del proyecto.

¹³ Formulada durante la ejecución del proyecto.

3.5 PRINCIPIOS Y VALORES¹⁴

Principios

1. Justicia
2. Igualdad
3. Humanización

Valores

1. Respeto
2. Tolerancia
3. Lealtad
4. Reconocimiento
5. Autocontrol

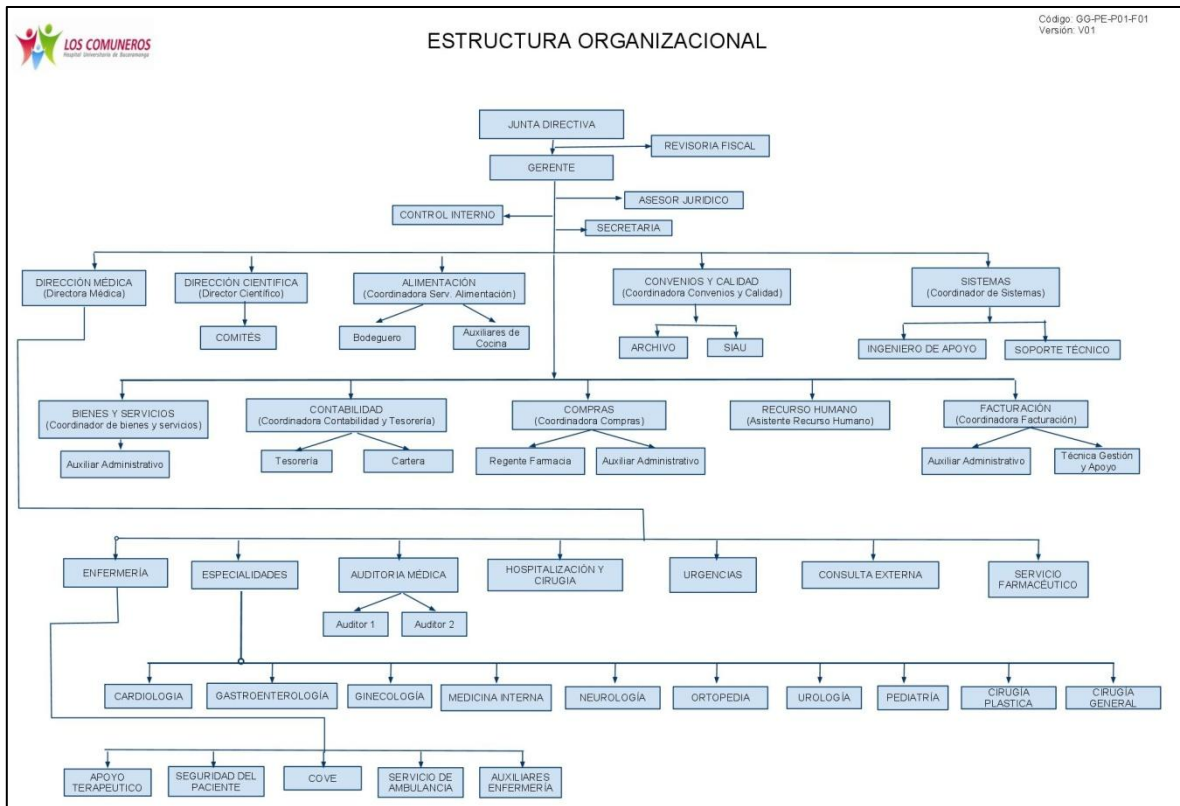
3.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (Ver Figura 2)

3.7 SERVICIOS

LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARMANGA S.A. reportó ante la secretaria de salud 72 servicios los cuales se encuentran registrados en formulario de Inscripción de prestadores de servicios de salud. De este total de servicios 25 corresponden a servicios de alta complejidad. Los servicios ofrecidos corresponden a los niveles de responsabilidad y niveles de complejidad establecidos bajo la resolución No. 5261 de 1994, Niveles II, III, IV.

¹⁴ Formulados durante la ejecución del proyecto.

Figura 2. Estructura Organizacional



Fuente: Propuesta por el autor.

4. DIAGNÓSTICO

Se diseñaron y ejecutaron, bajo entrevista y revisión, las respectivas herramientas documentales para el diagnóstico y determinación del nivel de cumplimiento en los requisitos del Decreto 1011¹⁵. Con ello se pudo establecer el grado de cumplimiento a los requisitos, y a partir de allí se determinaron las necesidades de información a rediseñarse y/o documentarse para continuar sistemáticamente con las siguientes etapas planeadas para el desarrollo del proyecto. Con la obtención del diagnóstico queda establecido el cumplimiento al plan de proyecto con respecto a esta etapa.

Objetivos relacionados a esta etapa del proyecto:

- Gestionar, organizar y administrar las fuentes de información necesarias para fortalecer el desarrollo de las actividades aquí propuestas.
- Realizar, de acuerdo a los requisitos consignados en el Decreto 1011 de 2006, el diagnóstico inicial sobre las condiciones actuales en que se encuentra Los comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

4.1 DISEÑO DE LAS HERRAMIENTAS PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO

El diseño de la herramienta para el diagnóstico, requería; identificar, organizar y administrar las fuentes de información claves, con respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

¹⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. DECRETO 1011 (3 Abril de 2006) Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La identificación de fuentes de información se obtuvo a través del análisis del Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1043 de 2006, la Resolución 2680 de 2007, la Resolución 3763 de 2007, la Resolución 1445 de 2006, la Resolución 3960 de 2008, la Resolución 1446 de 2006, las cuales fueron obtenidas en formato PDF, a través de la página WEB del Ministerio de Protección Social. Estas fuentes conllevaron a conocer los componentes Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con sus respectivas modificaciones.

4.1.1 Análisis al Decreto 1011 de 2006. Para el análisis del Decreto 1011 de 2006 fue creado en Microsoft Excel un formato en el cual se consignaron los artículos del Decreto 1011, y adicionalmente se establecieron espacios que permitiesen:

- Obtener una breve descripción del artículo e identificar posibles fuentes de información y otros requisitos a los cuales hacía referencia la norma. (Ver Anexo N°1)
- Definir la aplicabilidad (A: Aplica, NA: No Aplica), de acuerdo a naturaleza de la institución.
- Asignar un nivel de alcance y/o cumplimiento (I: Informativo, cuando el artículo fuese de carácter informativo, "C": Cumple o "NC": No Cumple, cuando el artículo tuviese exigencia específica de cumplimiento sobre la institución), de acuerdo a las demás herramientas diseñadas y complementarias para verificar su cumplimiento, y posteriormente,
- Consolidar un porcentaje de cumplimiento al Decreto, por medio de la razón entre los artículos con valoración de cumplimiento y el total de artículos para cumplimiento. (Ver Tabla 22)

Tabla 1. Análisis al Decreto 1011 de 2006

	A	B	C	D	E	F
1						
2						
3	Identificación de la norma	Decreto Numero 1011 del 3 Abril de 2006				
4	Entidad	Ministerio de la Protección Social				
5	Objeto	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.				
6	Preambulo	EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA: En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001. DECRETA:				
7						
8	Artículo	REQUISITOS		Descripción / Fuentes de Información	Aplicabilidad	Alcance y/o Nivel Cumplimiento
	1	<p>TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES - ARTICULO 1o.- CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.</p> <p>Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.</p> <p>PARÁGRAFO 1°. - Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.</p>		CAMPO DE APLICACIÓN	A	I

Fuente: Información procesada por el Autor, en base al decreto 1011 de 2006

4.1.1.1 Asignación de nivel de cumplimiento. La asignación del nivel de cumplimiento se ejecutó a través del acompañamiento y conocimientos del Líder de Auditoría Médica y por medio de entrevistas y de la aplicación de herramientas complementarias que permitieron asignar valoración de cumplimiento o no cumplimiento según las evidencias. Las herramientas complementarias se podrán observar a lo largo de este proyecto.

En la consolidación de los resultados del análisis del Decreto 1011 de 2006, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- ❖ Total de artículos de la norma.
- ❖ Total de artículos que eran de carácter informativo.
- ❖ Total de artículos que No Aplicaban a la naturaleza Jurídica de la Institución.

- ❖ Total de artículos que Aplicaban a la Institución
- ❖ Total de artículo que se cumplían
- ❖ Total de artículos que No se cumplían
- ❖ El nivel de cumplimiento, teniendo en cuenta la suma de artículos que poseían carácter de cumplimiento

4.1.2 Análisis al componente Sistema Único de Habilitación

4.1.2.1 Normatividad del Sistema Único de Habilitación. Para el análisis de componente “Sistema Único de Habilitación” se identificó la normatividad que lo regulaba y la cual se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Normatividad del Sistema Único de Habilitación

NORMATIVIDAD DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	
Norma	Objeto
Resolución 1043 de 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
Resolución 2680 de 2007	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3763 de 2007	Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones

Fuente: Información procesada por el Autor en base al SOGCS

4.1.2.2 Modificaciones al Sistema Único de Habilitación. En el análisis de la normatividad del Sistema Único de Habilitación se identificaron las modificaciones sobre la Resolución 1043 de 2006. Un breve resumen de estas modificaciones se encuentran resumidas en la Tabla 3.

Tabla 3. Resumen de cambios contenidos en la Resolución 2680 de 2007

RESOLUCIÓN 2680 DE 2007		
Modificaciones a la Resolución 1043 de 2006		
Art.	Resumen del Artículo	Alcance / Observaciones
1	Modifica el artículo 1° de la Resolución 1043 de 2006	Modificación total del artículo
2	Modificar el artículo 7° de la Resolución 1043 de 2006	Modificación total del artículo
3	Modificar el artículo 10 de la Resolución 1043 de 2006	Modificación total del artículo
4	Establece requisitos para la oferta de servicios	
5	Establece requisitos sobre la concordancia en la complejidad de los servicios	
6	Modificar el contenido de algunos estándares de los Manuales Únicos de Estándares y de Verificación y de Procedimientos de Habilitación, Anexos Técnicos números 1 y 2 de la Resolución 1043 de 2006	1.26 - 1.42 - 1.43 - 1.101 - 1.104 - 1.105 - 1.106
		2.7 - 2.36 - 2.39 - 2.44 - 2.59
		3.7 - 3.10 - 3.21 - 3.24 - 3.49
		5.9 - 5.37 - 5.44
		7.1 - 7.2 - 7.3 - 7.5 - 7.10 - 7.11 - 7.12 - 7.14.
7	Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006	

Fuente: Información procesada por el Autor en base al SOGCS

En cuanto al Anexo Técnico 2 de la Resolución 2680 las modificaciones al anexo Técnico N° 2 de la Resolución 1043 se identificaron las siguientes modificaciones:

Tabla 4. Resumen de modificaciones establecidas en el Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 2680 con respecto al Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 1043

Resumen de modificaciones establecidas en el Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 2680 con respecto al Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 1043	
1	Eliminar del numeral 2.4- PROCESO DE VERIFICACIÓN, la expresión en paréntesis "(previo proceso de inscripción)".
2	Modificar del numeral 5. " glosario estándares de habilitación de prestadores de servicios de salud – anexo técnico 1 manual único de estándares y verificación ", en lo referente al estándar de recurso humano , definición de "entrenamiento certificado",
3	Modificar el numeral 6, "criterios de habilitación complementarios al manual único de estándares y verificación para las instituciones prestadoras de servicios de salud con programas de trasplante de componentes anatómicos". en lo referente a: "requisitos específicos mínimos para realizar trasplante renal"; "requisitos específicos mínimos para realizar trasplante de hígado"; "requisitos específicos mínimos para realizar trasplante de páncreas y/o riñón -páncreas" y "requisitos específicos mínimos para realizar trasplante DE CORNEA",

Fuente: Información procesada por el Autor en base al SOGCS

En cuanto al Resolución 3763 de 2007, las modificaciones a la Resolución 1043 y sus Anexos, se identificaron las siguientes:

Tabla 5. Resumen de modificaciones contenidas en la Resolución 3763 de 2007

RESOLUCIÓN 3763 DE 2007		
Modificaciones a la Resolución 1043 de 2006		
Art.	Resumen del Artículo	Alcance / Observaciones
1	Modificar el contenido del criterio correspondiente al código 2.28 Servicio Consulta Externa del Estándar 2 "Instalaciones físicas" de la Resolución 1043 de 2006	2.28
2	Modificar el contenido del criterio correspondiente al código 3.7 Servicio Cuidado Intermedio Pediátrico y Adulto, Cuidado Intensivo Pediátrico y Adulto y Unidad de quemados, del Estándar 3 "Dotación y su Mantenimiento" del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006; precisando algunos elementos de dotación para el servicio mencionado.	3.7
3	Modificar los contenidos de los criterios correspondientes a los códigos 7.2, 7.3, 7.6, 7.10, 7.11, 7.12 y 7.14 del Estándar 7 "Interdependencia de Servicios" del Anexo Técnico N° 1 de la Resolución 1043 de 2006	7.2, 7.3, 7.6, 7.10, 7.11, 7.12 y 7.14
4	Modificar el contenido del criterio 2.6 del Estándar 2 "Dotación y su mantenimiento" del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1448 de 2006	2.6
5	Modificar el contenido del criterio 3.3. del Estándar 3 "Dotación y su mantenimiento" del Anexo Técnico 2 de la Resolución 1448 de 2006	3.3
6	La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y deroga el artículo 5° de la Resolución 2680 de 2007	

Fuente: Información procesada por el Autor en base al SOGCS

4.1.2.3 Análisis a la Resolución 1043 de 2006. El análisis a la Resolución 1043 de 2006 se realizó utilizando la metodología aplicada al análisis del Decreto 1011 de 2006.

4.1.2.3.1 Condiciones de capacidad tecnológica y científica. “Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable. Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico número 1 "Manual Único de Estándares y de Verificación"; el cual hace parte integral de la presente resolución.”¹⁶

En base al Anexo Técnico N°1 de la Resolución 1043, del cual se presenta a continuación un breve esquema:

¹⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 (3 Abril de 2006) Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Artículo 1.

Tabla 6. Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica

Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006 Página 1 de 238						
"Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones"						
MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN						
1. Recursos Humanos.						
1. RECURSO HUMANO						
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	MODO DE VERIFICACIÓN
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite la relación de todo el recurso humano asistencial que preste directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación. ✓ Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado. ✓ Verifique que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. ✓ Verifique que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para que fue vinculado. ✓ Verifique que los profesionales, especialistas, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es expedido por una institución educativa por fuera de Colombia, verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación. ✓ Si el número de personas de la relación del personal asistencia es mayor a 100 solicite al menos el 10% de las hojas de vida de cada uno de los siguientes tipos de profesional: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médicos (Generales y especialistas) ✓ Enfermeras profesionales. ✓ Auxiliares de enfermería.
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.				

Fuente: Anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006

Y teniendo en cuenta las modificaciones, se diseñó y ejecuto la herramienta para medir el grado de cumplimiento a la Resolución 1043 con respecto a las Condiciones de capacidad tecnológica y científica. El diseño de la herramienta se elaboró en un archivo de Excel en el cual:

- ❖ Se conservaron las columnas de “COD”, “SERVICIO”, “CRITERIO”,
- ❖ Se eliminaron las columnas de “C”, “NC”, “NA”, “MODO DE VERIFICACIÓN”
- ❖ Se agregaron las columnas “A / NA”, “C / NC”, “R”, “PLAN DE ACCIÓN”, y otras breves modificaciones que se pueden observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Formato para evaluar condiciones de capacidad tecnológica y científica

AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH
62							
63							
64	Nombre del Estándar			1. RECURSO HUMANO			
65	Objeto del Estándar			Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.			
66				A= Aplica, NA= No Aplica, C= Cumple, NC= No Cumple, R= Responsable			
67	COD	SERVICIO	CRITERIO	A / NA	C / NC	R	DIAGNOSTICO
68	1.1	TOODSLOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.				PLAN DE ACCIÓN
69	1.2	TOODSLOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.				
70	1.3	TOODSLOS SERVICIOS	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.				
71	1.4	TOODSLOS SERVICIOS	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso				
72	1.5	TOODSLOS SERVICIOS	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso				

Fuente: Información procesada por el Autor en base a la Resolución 1043

Cada criterio aplicaba a un tipo o tipos de servicios específicos, por lo tanto, para determinar la aplicabilidad de cada criterio fue indispensable conocer los servicios habilitados por el Hospital, y a partir de allí, los servicios que estando habilitados, no se estaban prestando, por último analizar la definición del criterio para determinar de forma acertada la aplicabilidad del criterio.

Los servicios habilitados se encontraban registrados en medio físico, en el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el que a su vez se encontraba archivado en la carpeta de Habilitación en el Servicio de Información y Atención al Usuario.

Los servicios habilitados pero que no estaban prestando, se obtuvieron a través de la revisión de la lista de servicios Habilitados, por parte de la Auditora Médica. Por último, el análisis de la definición del criterio para determinar la aplicabilidad, también estuvo a cargo de la Auditora Médica, con el apoyo del autor de este proyecto.

Esta misma herramienta fue aplicada a los nueve (9) grupo de estándares presentados en el Anexo Técnico N° 1 de la Resolución 1043 de 2006, los cuales hacía referencia a:

1. Recurso Humano
2. Infraestructura Física-Mantenimiento
3. Dotación-Mantenimiento
4. Medicamentos y Dispositivos Médicos para uso humano y su Gestión
5. Procesos Prioritarios Asistenciales
6. Historia Clínica y Registro Asistenciales
7. Interdependencia de servicio
8. Referencia de Pacientes
9. Seguimiento a Riesgos

4.1.2.3.2 Diagnóstico de condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Finalmente la información se consolidó para cada grupo de estándares obteniendo así el nivel de cumplimiento al Manual Único de Estándares y Verificación.

Tabla 8. Formato de consolidación de condiciones tecnológicas y científicas

DIAGNOSTICO							
ESTÁNDARES	ANÁLISIS DE ESTÁNDARES						
	Total	NA	A	NvA	C	NC	% C
1. Recurso humano	106	69	37	35%	24	13	65%
2. Infraestructura física	61	26	35	57%	13	22	37%
3. Dotación - mantenimiento	57	32	25	44%	17	8	68%
4. Gestión de medicamentos y dm	10	3	7	70%	0	7	0%
5. Procesos prioritarios asistenciales	59	25	34	58%	2	32	6%
6. Historias clínicas	17	3	14	82%	9	5	64%
7. Interdependencia de servicios	18	11	7	39%	7	0	100%
8. Referencia y contrareferencia	11	4	7	64%	0	7	0%
9. Seguimiento a riesgos	23	13	10	43%	1	9	10%
Capacidad tecnológica y científica	362	186	176	49%	73	103	41%

Fuente: Información procesada por el Autor

NA: No Aplica, A: Aplica, NvA: Nivel de Aplicabilidad, NC: No Cumple, %C: Porcentaje de cumplimiento.

Cabe resaltar que los Criterios fueron aplicados con rigurosidad dentro de su respectivo análisis con el fin de exigir dentro de la institución planes de mejora continua.

4.1.2.3.3 Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. “Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles, aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.

3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales, aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.”¹⁷

Para realizar el diagnóstico de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera se diseñó el siguiente formato:

Tabla 9. Formato para evaluar condiciones de suficiencia patrimonial

VERIFICACIÓN DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA			
#	CRITERIO / MODO DE VERIFICACIÓN	RESULTADO	Verificación
1	<p>Patrimonio:</p> $\frac{\text{Patrimonio total} \times 100}{\text{Capital}} \times 100$ <p>Cuenta que registre el capital (código 31 del Plan Único de Cuentas)</p> <p>El valor resultante de la operación indicada deberá ser superior a 50%</p>	231%	Cumple
2	<p>Obligaciones mercantiles:</p> $\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días} \times 100}{\text{Pasivo corriente}}$ <p>El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%</p>	0	Cumple
3	<p>Obligaciones laborales.</p> $\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días} \times 100}{\text{Pasivo corriente}}$ <p>El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%</p>	0	Cumple

Fuente: Información procesada por el Autor en base a la Resolución 1043

¹⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 (3 Abril de 2006) Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Artículo 1.

4.1.2.3.4 Condiciones de capacidad técnico administrativa. Las condiciones técnico-administrativas hace referencia a:

“1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.”¹⁸

En el documento de creación de la institución se verificará:

El nombre o razón social de la institución y su concordancia con el nombre o razón social registrada en el formulario de declaración de cumplimiento de requisitos de habilitación.

El documento de creación es el acto administrativo que le da vida jurídica a la institución que de acuerdo con la naturaleza jurídica puede ser:

El certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio, para las entidades privadas con ánimo de lucro.

¹⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 (3 Abril de 2006) Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Artículo 1.

Tabla 10. Formato para evaluar condiciones de capacidad técnico-administrativas

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS				
#	CRITERIO	MODO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES	Verificación
1	<p>Razón social:</p> <p>El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.</p>	<p>Razón social: En el documento de creación de la institución se verificará:</p> <p>El nombre o razón social de la institución y su concordancia con el nombre o razón social registrada en el formulario de declaración de cumplimiento de requisitos de habilitación.</p> <p>El documento de creación es el acto administrativo que le da vida jurídica a la institución que de acuerdo con la naturaleza jurídica puede ser:</p> <p>El certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio, para las entidades privadas con ánimo de lucro.</p>	<p>Existe Concordancia</p>	<p>Cumple</p>
2	<p>Sistema contable para generar estados financieros</p> <p>El cumplimiento de los requisitos administrativos que le permitan demostrar que la IPS cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.</p>	<p>Se verificará que la institución cuente con registros contables con las especificaciones definidas en el Plan Único de Cuentas cuando se trate de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.</p>	<p>Los registros contables poseen las especificaciones definidas en el PUC</p>	<p>Cumple</p>

Fuente: Información procesada por el Autor en base a la Resolución 1043

4.1.3 Análisis al componente PAMEC. Para realizar el diagnóstico en el cumplimiento del PAMEC se diseñó un formato como el presentado en la Tabla 11. El diseño de la herramienta se realizó tomando como base el Decreto 1011 de 2006 y las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud publicadas por el Ministerio de la Protección Social.

Tabla 11. Formato para diagnóstico del PAMEC

	A	B	C	D	E
2					
3					
4			PAMEC		
5			DIAGNÓSTICO		
6		#	CRITERIO	A/ NA	C/ NC
7		1	Los programas de auditoria son concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.		
8		2	Se realizan actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.		
9		3	Se realiza la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas		
10		4	Se adoptan medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.		
11		5	Cuenta con Comité de ética hospitalaria		
12		6	Cuenta con Comité de trasplantes		
13		7	Cuenta con Comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica		
14		8	Cuenta con Comité de farmacia y terapéutica		
15		9	Cuenta con Comité de vigilancia epidemiológica		
16		10	Cuenta con Comité técnico-científico		
17		11	Cuenta con Comité transfusión sanguínea		
18		12	Cuenta con Comité docencia-servicio		
19		13	Cuenta con Comité de historia clínica		
20		14	Cuenta con Comité de urgencias		
21					
22					

Fuente: Información procesada por el Autor, en base al Decreto 1011 de 2006 y a las Pautas para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud publicadas por el Ministerio de la Protección Social

4.1.3.1 Diagnóstico al componente PAMEC

Tabla 12. Diagnóstico PAMEC

DIAGNÓSTICO	
PAMEC	
Total de criterios	14
Criterios que NO aplican	1
Criterios que APLICAN	13
Criterios que CUMPLEN	13
Criterios que NO cumplen	0
Porcentaje de cumplimiento	100%

Fuente: Datos procesados por el Autor

4.1.4 Análisis al componente Sistema Único de Acreditación. Para el análisis al componente Sistema Único de Acreditación se diseñó una herramienta en Microsoft Excel como la presentada en la Tabla 14. El diseño y ejecución de la herramienta se realizó tomando como base el Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación, Anexo Técnico N°1 y el Anexo Técnico N° 2, de la Resolución 1445 de 2006¹⁹. La Tabla 13, presenta un breve esquema del Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Tabla 13. Anexo Técnico N° 1 de la Resolución 1445

ANEXO TÉCNICO N° 1		RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006						HOJA No. 73
		(8 DE MAYO DE 2006)						
"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"								
DERECHOS DE LOS PACIENTES		Calificación de la organización						
		5	4	3	2	1	NA	
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.								
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.								
ACCESO		Calificación de la organización						
		5	4	3	2	1	NA	
3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.								
REGISTRO E INGRESO		Calificación de la organización						
		5	4	3	2	1	NA	
4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.								
4.1. Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.								
4.2. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:								
<small>⁷ Criterio específico para el servicio de cirugía</small>								

Fuente: Anexo Técnico N°1 de la Resolución 1445 de 2006.

¹⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1445 (8 Mayo de 2006) "Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Tabla 14. Formato para evaluación de Estándares de Acreditación (Parte 1)

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4	MANUAL DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN				
5	RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006 8 DE MAYO DE 2006				
6	ESTÁNDARES ASISTENCIALES				
7				R	
8	#				
9	1	DERECHOS DE LOS PACIENTES			
10	2	2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de			
11	3	ACCESO			
12	4	REGISTRO E INGRESO			
13	5	5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.			
14	6	EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO			
15	7	7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si			
16	8	PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO			
17	9	9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados			
18	10	10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el			
19	11	11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada			
20	12	12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la			
21	13	13. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel			
22	14	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO			
23	15	15. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor			
24	16	16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus			
25	17	EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO			
26	18	SALIDA Y SEGUIMIENTO			
27	19	19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente			
28	20	20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su			

Fuente: Información procesada por el Autor, en base el Anexo Técnico N°1 y el Anexo N° 2, de la Resolución 1445 de 2006

❖ Variables de cada dimensión

➤ Enfoque

- ✓ Sistemática: Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- ✓ Amplitud: Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar
- ✓ Proactividad: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad
- ✓ Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.

➤ Implementación

- ✓ Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- ✓ Despliegue hacia el usuario. Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

➤ Resultados

- ✓ Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- ✓ Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- ✓ Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.
- ✓ Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

- ✓ Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.

Tabla 16. Escala de calificación por dimensión y variable

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son principalmente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es principalmente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.
RESULTADOS					
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.

Fuente: Anexo Técnico N°2 de la Resolución 1445 de 2006, con edición fotográfica procesada por el Autor en la herramienta Paint de Windows.

4.1.4.2 Reglas para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación

Tabla 17. Reglas para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación

REGLAS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE OTORGAMIENTO DE ACREDITACIÓN	
CATEGORÍA DE ACREDITACIÓN	Reglas de Decisión
Acreditado con Excelencia (400 puntos en adelante)	<p>Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que tres.</p> <p>Regla 2: La totalidad de estándares individuales de mejoramiento debe tener calificación mínima de cuatro.</p> <p>Regla 3: La institución aporta evidencia de los resultados de calidad alcanzados en el control de los riesgos y en el comportamiento de sus indicadores de calidad en niveles de excelencia.</p>
Acreditado (Entre 280 y 399 puntos)	<p>Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que dos.</p> <p>Regla 2: Los estándares individuales de mejoramiento no deben tener calificación menor que dos en ninguno de los grupos.</p> <p>Regla 3: En ningún grupo de estándares debe existir un número mayor de tres o más estándares individuales por debajo de dos.</p> <p>Regla 4: Sumados los estándares individuales con calificación menor de dos, no podrán ser más de 5. De darse las condiciones de las reglas 3 o 4 la acreditación podrá ser condicionada independientemente del puntaje obtenido.</p> <p>NOTA: Cuando esto ocurriese la Junta analizará si ésta situación genera un riesgo para la calidad de la atención que brinda la institución y tendrá la discrecionalidad, de acuerdo con sus conclusiones de asignar una decisión de acreditación diferente.</p>
Acreditación Condicionada (Entre 200 y 279 puntos)	<p>Regla 1: Más de 279 puntos pero no cumplir con la totalidad de las exigencias de los categorías superiores</p> <p>NOTA: La acreditación condicionada no le permite a la institución disfrutar de ninguno de los incentivos para las instituciones acreditadas y solamente implica que la institución dispondrá de un periodo adicional de seis meses para mejorar su desempeño y alcanzar la categoría de acreditado. Si esto no ocurre se le asignará la categoría de "No Acreditado"</p>
NO ACREDITADO	

Fuente: Anexo Técnico N°2 de la Resolución 1445 de 2006.

4.1.4.2.1 Cambios en las reglas de otorgamiento de acreditación. La Resolución 3960 estableció algunos cambios sobre la resolución 1445 de 2006, con respecto a las reglas para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación.

Tabla 18. Cambios en las reglas para toma de decisiones de otorgamiento de acreditación

REGLAS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE OTORGAMIENTO DE ACREDITACIÓN	
CATEGORÍA DE ACREDITACIÓN	Reglas de Decisión
Acreditación Condicionada (Entre 200 y 279 puntos)	<p>Regla 1: Más de 279 puntos por no cumplir con la totalidad de las exigencias de los categorías superiores</p> <p>NOTA: La acreditación condicionada no le permite a la institución disfrutar de ninguno de los incentivos para las instituciones acreditadas y solamente implica que la institución dispondrá de un plazo máximo de un (1) año contado a partir de la notificación de la decisión de acreditación de la institución, para mejorar su desempeño y alcanzar la categoría de acreditado. Si esto no ocurriese se le asignará la categoría de "No Acreditado."</p>
NO ACREDITADO	<p>Regla: Las instituciones que no hayan obtenido la acreditación luego de ser evaluadas por el ente acreditador, sólo podrán aplicar de nuevo al proceso de acreditación después de cumplido un año de haber sido evaluadas.</p>

Fuente: Anexo Técnico N°2 de la Resolución 3960 de 2008²¹.

²¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 3960 (17 Octubre de 2008) "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y los Anexos Técnicos. Artículo 3.

4.1.4.3 Diagnóstico del Sistema Único de Acreditación

Tabla 19. Diagnóstico del Sistema Único de Acreditación

Diagnostico			
Sistema único de acreditación			
Anexo técnico n° 1, resolución 1445 de 2006			
Estándares	Total de requisitos	Puntos posibles	Puntos obtenidos
Asistenciales	25	125	25
Direccionamiento	14	70	14
Gerencia	14	70	14
Recurso Humano	14	70	14
Ambiente Físico	13	65	13
Sistemas Información	11	55	11
TOTAL	91	455	91

Fuente: Información procesada por el Autor, en base el Anexo Técnico N°1 y el Anexo N° 2, de la Resolución 1445 de 2006

El resultado permitió apreciar claramente que con respecto al componente Sistema Único de Acreditación la institución está en un estado prematuro de acreditación, razón por la cual se deben emprender estrategias que le permitan a la Institución avanzar sobre este componente.

4.1.5 Análisis al componente Sistema de Información para la Calidad. Para realizar el diagnóstico en el cumplimiento de la Resolución 1446 de 2006²², Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se diseño el formato mostrado en la Tabla 20:

²² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1446 (8 Mayo de 2006) "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud".

Tabla 20. Formato para Diagnóstico del Sistema de Información para la Calidad

	A	B	C	D	E	F		
4								
5	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD							
6	DIAGNÓSTICO							
7	#	#	CRITERIO			A / NA	C / NC	
8			ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD					
9	1	1	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General					
10	2	2	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada					
11	3	3	Proporción de cancelación de cirugía programada					
12	4	4	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias					
13	5	5	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología					
14	6	6	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología					
15	7	7	Oportunidad en la realización de cirugía programada					
16			CALIDAD TÉCNICA					
17	8	1	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados					
18	9	2	Proporción Hipertensión Arterial Controlada					
19			GERENCIA DEL RIESGO					
20	10	1	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas					
21	11	2	Tasa de Infección Intrahospitalaria					
22	12	3	Proporción de Vigilancia de Eventos adversos					
23			SATISFACCIÓN / LEALTAD					
24	13	1	Tasa de Satisfacción Global					
25			EVENTOS ADVERZOS TRAZADORES					
26		14	1	Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales				

Fuente: Información procesada por el Autor, en base el Anexo Técnico, de la Resolución 1446 de 2006

4.1.5.1 Diagnóstico al componente Sistema de Información para la Calidad

Tabla 21. Diagnóstico al componente Sistema de Información para la Calidad

Diagnóstico	
Sistema de información para la calidad	
Total	49
NO aplican	0
Aplican	49
Cumplen	49
NO cumplen	0
Porcentaje de cumplimiento	100%

Fuente: Datos procesados por el Autor

4.2 RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO

Los componentes del SOGCS fueron organizados según lo muestra la Tabla 22. Allí se consolidaron los resultados obtenidos, con el fin de cuantificar un nivel cumplimiento a los requisitos.

Tabla 22. Diagnóstico del SOGCS

DIAGNOSTICO																
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				CONSOLIDACIÓN DE CUMPLIMIENTO A REQUISITOS												
				ANÁLISIS DE LOS REQUISITOS												
	FECHA	REQUISITOS DEL COMPONENTE	T	TR	NA	A	Ap.	C	NC	RC	% C					
SOGC				2006-04-03	Decreto 1011			A	57	6	51	89%	11	1	12	92%
COMPONENTES																
1	SUH	2006-04-03	Resolución 1043	A	11	0	11	100%	6	3	9	67%				
		2006-04-03	Resolución 1043 Anexo T 1	E	362	186	176	49%	73	103	186	41%				
2	PAMEC		Artículos Decreto 1011		14	1	13	93%	13	0	13	100%				
3	SUA	2006-05-08	Resolución 1445	A	6	0	6	100%	NA	NA	NA	NA				
		2006-05-08	Resolución 1445 Anexo T1	E	91	0	91	100%	NA	NA	91	20%				
4	SIC	2006-05-08	Resolución 1446"	A	8	0	8	100%	3	0	3	100%				
		2006-05-08	Resolución 1446 Anexo T1	I	49	0	49	90%	49	0	49	100%				
TOTAL DE CUMPLIMIENTO EN EL SOGCS					501	198	303	60%	150	107	259	58%				

Fuente: Datos procesados por el Autor

T = Tipo de Requisito Ar = Artículo E = Estándar I = Indicador
 TR = Total de Requisitos NA = Requisitos que No Aplican A = Requisitos que Aplican
 Ap = Nivel de Aplicabilidad C = Requisitos que se Cumplen NC = Requisitos que No se Cumplen
 RC = Requisitos de Cumplimiento %C = Nivel de Cumplimiento

El nivel de cumplimiento del Hospital frente a los componentes del Sistema es de 58 %.

5. PLANIFICACIÓN

El diagnóstico inicial entregó los requisitos sobre los cuales la Institución debía emprender estrategias para alcanzar el respectivo cumplimiento. En base a los requisitos identificados, se diseñó un plan para atender la necesidad de cumplimiento en los mismos, y así cumplir con los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

El objetivo relacionado a esta etapa del proyecto es el siguiente:

- ❖ Diseñar, teniendo en cuenta el diagnóstico inicial, un plan para el desarrollo del sistema Obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud.

5.1 CREACIÓN DE GRUPOS PRIMARIOS

Se organizaron catorce (14) grupos a los cuales se les denominó “Grupos Primarios”. Estos Grupos contaban con un cargo Líder quien sería el responsable del cumplimiento de los planes trazados. Los grupos fueron organizados de acuerdo a competencias de cada una de las personas para atender al servicio o área correspondiente. La Tabla 23 muestra el código del grupo, el servicio o área, el cargo del Líder y los cargos integrantes.

Tabla 23. Grupos Primarios

GRUPOS PRIMARIOS				
Grupo	Servicio / Área	Cargo Líder	#	Cargos Integrantes
G1	Planeación Estratégica	Gerente	1	Gerente
			2	Coordinadora de Contabilidad
			3	Coordinadora de Calidad
			4	Directora Médica
			5	Coordinadora Enfermería
			6	Coordinadora Convenios
			7	Estudiante. En Práctica Ing. Industrial
G2	Atención al Usuario, Registro y archivo	Coordinadora Convenios	1	Coordinadora Convenios
			2	Coordinadora Facturación
			3	Coordinadora de Calidad
G3	Urgencias y Consulta Externa	Directora Médica	1	Directora Médica
			2	Coordinador de Urgencias
			3	Auditor Médico
			4	Coordinador Bienes y Servicios
G4	Hospitalización - Alimentación	Coordinadora Enfermería	1	Coordinadora Enfermería
			2	Auditor Médico
			3	Jefe Seguridad Paciente
			4	Médico Internista
			5	Médico Hospitalario
			6	Directora Médica
G5	Cirugía y Esterilización	Directora Médica	1	Directora Médica
			2	Médico Cirujano
			3	Médico Anestesiólogo
			4	Médico Anestesiólogo
			5	Instrumentadora
			6	Médica Anestesiología
G6	Ayudas Diagnósticas y Terapéuticas	Coordinadora ayudas Diagnósticas	1	Coordinadora ayudas Diagnósticas
			2	Coordinadora
			3	Coordinadora de Facturación
			4	Coordinadora Laboratorio
			5	Auxiliar Enfermería Consulta Ex
G7	Compras y Servicio Farmacéutico	Química Farmacéutica	1	Química Farmacéutica
			2	Directora Administrativa
			3	Coordinadora Compras y A.
			4	Directora Médica

Tabla 23. (Continuación)

GRUPOS PRIMARIOS				
Grupo	Servicio / Área	Cargo Líder	#	Cargos Integrantes
G8	UCI Adulto	Coordinador UCI Adulto	1	Coordinador UCI Adulto
			2	Jefe de enfermería
			3	Auxiliar. Administrativo Facturación
G9	UCI Neonatal	Coordinador UCI Neonatal	1	Coordinador UCI Neonatal
			2	Enfermera Jefe
G10	Talento Humano	Asistente Recurso Humano	1	Asistente Recurso Humano
			2	Asesor Jurídico
			3	Control Interno
G11	Ambiente Físico y Tecnológico	Gerente	1	Directora Administrativa
			2	Coordinador Bienes y Servicios
			3	Ing. Ambiental
			4	Ing. Lavandería
			5	Coordinadora Compras y A.
			6	Química Farmacéutica
			7	Coordinador de Sistemas
			8	Ing. De Soporte
G12	Convenios y Mercado	Gerente	1	Gerente
			2	Directora Administrativa
			3	Coordinadora Convenios
			4	Asesor Jurídico
G13	Calidad	Auditora Médica	1	Auditora Médica
			2	Coordinadora Convenios
			3	Coordinadora Enfermería
			4	Directora Médica
			5	Directora Administrativa
			6	Gerente
			7	Coordinador UCI Adulto
			8	Coordinador UCI Neonatal
			9	Auditor Médico
			10	Estudiante En Práctica Ing. Industrial
G14	Facturación	Coordinadora Facturación	1	Coordinadora Facturación
			2	Auxiliar Administrativo Facturación
			3	Auxiliar Administrativo Facturación
			4	Auxiliar Administrativo Facturación

Fuente: Información procesada durante la ejecución del proyecto.

El diseño del plan se realizó utilizando el formato presentado en la Tabla 7. Cuando se identificaba el incumplimiento a un requisito, se diseñaba el conjunto

de acciones consideradas necesarias, y cuya ejecución permitiría lograr el respectivo cumplimiento. A continuación se asignaba un Grupo Primario responsable (Ver Tabla 22) según el tipo de necesidad y la afinidad con los grupos primarios conformados.

5.1.1 Asignación de plan a los grupos primarios. Los planes de acción fueron organizados de acuerdo al grupo que había sido asignado como responsable (Ver Anexo 2).

6. SENSIBILIZACIÓN

Se diseñaron y ejecutaron estrategias y herramientas que lograron difundir, socializar y persuadir la concepción acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Igualmente se recogieron las inquietudes, comentarios y aportes que pudieron generarse en la dinámica correspondiente a esta etapa.

El objetivo relacionado a esta etapa del proyecto es el siguiente:

- ❖ Diseñar, ejecutar y evaluar planes de capacitación en el personal del hospital a fin de concienciar en ellos la necesidad de implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

6.1 DISEÑO, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE PLANES DE CAPACITACIÓN

Diseñar planes de capacitación es un reto interesante, porque generalmente existe la incertidumbre de si el plan será un éxito, dado que en su ejecución existen muchas variables que pueden impedir la efectividad del plan.

Los temas a tratar en las capacitaciones estaban fundamentalmente basados en los cuatro componentes del SOGCS:

- Significado la sigla SOGCS
- Sistema Único de Habilitación
- Significado de la sigla PAMEC

- A qué hace referencia el PAMEC
- A qué hace referencia el Sistema de Información para la Calidad en Salud
- A qué hace referencia el Sistema Único de Acreditación
- Los componentes del SOGCS
- Los niveles de operación de la Auditoría para el Mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud
- La interacción entre los cuatro componentes

Inicialmente la capacitación se realizó a los 39 miembros de los grupos primarios, luego la capacitación se extendió a un número de mayor de personal de todas las áreas de la organización. En total se ejecutó la herramienta de capacitación a 80 personas escogidas de cada una de las áreas funcionales. Estas capacitaciones fueron ejecutadas desde abril hasta mayo. Posteriormente se extendió al programa docencia servicio.

Los objetivos trazados en el diseño y ejecución de los planes eran los siguientes:

- Estimular la memoria del personal sobre la definición de conceptos básicos y los componentes del SOGCS.
- Generar un intercambio de percepciones y conocimientos acerca de los conceptos cuestionados.
- Generar un contraste entre la definición percibida por el miembro del equipo con una breve definición de lo establecido por las normas de cada componente.
- Generar un impacto de autoevaluación de cada miembro sobre el aporte que hizo a los resultados del equipo, a través de la socialización de los resultados obtenidos en el plan estímulo de memoria.
- Conectar el objetivo del SOGCS socializado en los planes anteriores a través de un impacto visual.

6.1.1 Plan de Estimulo de Memoria a través del cuestionamiento. El objetivo de este plan era generar un estímulo en la memoria del personal sobre la definición de algunos conceptos básicos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Este plan requería elegir algunos conceptos básicos sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, documentarlos a forma de pregunta, solicitando al personal la aplicación del autocontrol con respecto a la sinceridad de su respuesta. En principio el evaluado podía responder positivamente a todos los conceptos a pesar que no los dominara, sin embargo al llegar a la segunda parte del cuestionario, debía dar una breve descripción de los conceptos a los cuales había respondido positivamente, lo cual generaba un ejercicio de estímulo para justificar su respuesta y así pensar en la posible respuesta del concepto.

Tabla 24. Formato para fortalecer competencias de conocimientos básicos en el SOGCS

	A	B	C	D	E	F
1						
2			Nombre:	Cargo:		
3				Asistencial _____ Administrativo _____		
4						
5			1. El objetivo de estas preguntas es conocer los puntos sobre los cuales debemos fortalecer nuestras competencias con respecto a una pequeña parte del vocabulario y conceptos utilizados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.			
6			Por favor, aplicando autocontrol, responda con la sinceridad a las siguientes preguntas:			
7						
8			TABLA PARA IDENTIFICAR CONCEPTOS EN LOS CUALES DEBEMOS FORTALECER NUESTRAS COMPETENCIAS			
9		#	CONCEPTOS	Si	No	
10		1	¿Sabe que significa la sigla SOGCS?			
11		2	¿Sabe a qué refiere el Sistema Único de Habilitación?			
12		3	¿Sabe qué significa la sigla PAMEC?			
13		4	¿Sabe a qué refiere el PAMEC?			
14		5	¿Sabe a qué refiere el Sistema de Información para la Calidad en Salud?			
15		6	¿Sabe a qué refiere el Sistema Único de Acreditación?			
16		7	¿Sabe cuáles son los componentes del SOGCS?			
17		8	¿Sabe cuáles son los niveles de operación de la Auditoría para el Mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud?			
18		9	¿Sabe cuáles son los objetivos del Sistema de Información para la Calidad?			
19						
20			2. Para los Conceptos que ha respondido que SI, por favor realice una Breve descripción de lo que comprende del concepto			

Formato Diag. SOGCS Hoja2 Hoja3 Hoja4

Fuente: Información procesada por el Autor.

6.1.2 Plan socialización de conceptos según resultados del cuestionamiento.

El objetivo de este plan era generar un intercambio de percepciones y conocimientos acerca de los conceptos cuestionados. Una vez el personal terminaba de responder a los cuestionamientos, se prestaba atención a los puntos sobre los cuales las respuestas fueron positivas, contrastando la descripción del evaluado, con la idea principal del concepto que quería ser difundida. Así podía conocerse lo que la persona comprendía del concepto. A continuación se socializaba la definición de los conceptos a través de una explicación a especie de cuento o analogía, es decir se le indicaba a la persona que el SOGCS era como un juego de naipes donde nosotros debíamos tener cuatro “Ases” para ganarle la partida a la NO CALIDAD. Estos cuatro “Ases” hacen referencia a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

6.1.3 Plan distribución de material para lectura. El objetivo de este plan era generar un contraste entre la definición percibida por el miembro del equipo con una breve definición de lo establecido por las normas de cada componente. Después de la socialización se entregó un documento que presentaba de forma sencilla pero sólida la definición de los conceptos cuestionados.

Tabla 25. Fortaleciendo conceptos básicos sobre el SOGCS

FORTALECIENDO CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL SOGCS	
1. ¿Sabe que significa la sigla SOGCS?	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en Salud
2. ¿Sabe a qué refiere el Sistema Único de Habilitación?	Es el primer (1) componente del SOGCS y por el cual se establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención. Sistema a través del cual aseguramos a nuestros usuarios CONDICIONES MÍNIMAS para prestarles los servicios en salud.
3. ¿Sabe qué significa la sigla PAMEC?	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.
4. ¿Sabe a qué refiere el PAMEC?	Es el segundo (2) componente del SOGCS y por el cual los Prestadores de Servicios de Salud pueden implementar un "Mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad <i>"concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación"</i> . Programa a través del cual MEJORAMOS CONTINUAMENTE la calidad de nuestros servicios.
5. ¿Sabe a qué refiere el Sistema de Información para la Calidad en Salud?	Es el tercer (3) componente del SOGCS y por el cual los Prestadores de Servicios de Salud reportan, ante los organismos de control, indicadores básicos para realizar seguimiento al comportamiento del SOGCS. Sistema a través del cual MOSTRAMOS NUESTROS RESULTADOS BÁSICOS .

Fuente: Información procesada por el autor

6.1.4 Plan de socialización de resultados. El objetivo de este plan era generar a través de los resultados obtenidos en el plan estímulo de memoria, un impacto de autoevaluación de cada miembro sobre el aporte que hizo a los resultados del equipo. Los resultados de los grupos y los obtenidos por persona se socializaron con cada miembro del grupo respectivo a través de la distribución y explicación de los mismos.

Los resultados fueron procesados y obtenidos a través del formato presentado en la Tabla 26.

Tabla 26. Formato para consolidar resultados de conceptos

Integrantes de los Grupos			Conceptos									Análisis Individual			
#	Nombre	Cargo	1 Sigla SOGCS	2 SUH	3 Sigla PAMEC	4 Def. PAMEC	5 SIC	6 SUA	7 Comp. SOGCS	8 Nivel Aud.	9 Obj. SIC	PTS x Fortale.	Pts. A favor	Items sin diligenciar	% de manejo
266															
267															
268															
269															
270															
271	1														
272	2														
273	3														
274	4														
275	5														
276	6														
277	7														
278	8														
279	9														
280	10														
281	11														
282	12														
283	13														
284	14														
285	15														
286	16														
287	17														
288	18														
289	19														

Fuente: El autor

6.1.5 Plan de eventos adversos. El objetivo de este plan era conectar el objetivo del SOGCS, socializado en los planes anteriores, a través de un impacto visual. Para el diseño y ejecución de este plan se consultaron y proyectaron videos de casos reales en los cuales se reflejaba la importancia de Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención es Salud. En estos casos se mostraba el drama que padecen muchos pacientes y/o sus familias cuando esperan o reciben la atención en salud.

Caso 1²³: Un video pone al descubierto el drama que padeció un paciente en la sala de urgencias.

Una mujer se conmovió con el dolor que soportaba un enfermo y grabó la espera que según ella duro más de tres horas. La grabación muestra que los funcionarios del hospital socorrieron al paciente cuando se desmayo por el prolongado

²³ Noticias RCN, video capturado por el autor, a través de la pantalla del computador mediante el Software Camtasia estudio 7

sufrimiento. Las imágenes elaboradas por otro paciente que el mismo día y hora permanecía en urgencias del hospital Universitario Mederí, muestran a un hombre que implora ayuda, aquejado por un fuerte dolor de espalda. Muy cerca, el personal médico apenas observa, tal era el dolor que después de varios minutos el paciente se desvaneció.

Caso 2²⁴: Henry Bautista

“Henry Nació exactamente a los nueve meses, con el problema de asfixia perinatal, lo tuvieron que entubar porque no podía respirar por el mismo. Henry durante todos estos días estuvo en una incubadora, estuvo en la terapia intensiva, donde lo cuidaban día y noche. En el día 17, el diagnóstico de su doctora fue muy bueno porque nos dijo que le habían quitado el ventilador, que ya con el puro casco de oxígeno podía respirar. Y al otro día, temprano, nosotros despertamos para venir al hospital a verlo, nos estaban esperando, para decirnos que se había quemado por un corto, la cuna se había prendido, solamente donde estaba él, porque fue el único niño quemado.”²⁵...

...” Explotó la, la... incubadora. Y luego me quemé. ¡Chá!. Que me llevaron a un hospital. Me quemé la panza, aquí, [señalándose la cabeza] y aquí [señalándose el cuello] y aquí [señalándose las piernas] y aquí [señalándose el pecho] y aquí [señalándose un costado] y aquí [señalándose la una mejilla] y aquí [señalándose la otra mejilla]...”²⁶

“...Un día fue a verse al espejo y estaba él solo y me hablo y me dijo - oye Mamá ven- y me dice – oye Mamá dime porque estoy feo – Sentí un frustración ¡no!, de eso de decir ¿Y ahora que le tengo que decir? ¡No!. Pero de momento dije tengo

²⁴ TELETON MEXICO. Disponible en Internet: <http://www.youtube.com/watch?v=xaDRjJNXg9I>

²⁵ Berenice Prado, Mama de Henry.

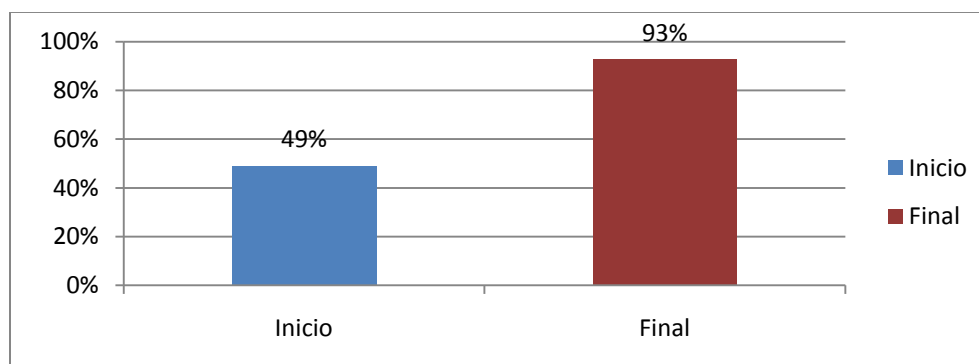
²⁶ Henry a los cuatro años cuando en entrevista le preguntaron ¿Cómo fue?

que decirle lo que es. Le dije tú no eres feo, te pasó un accidente, la gente que te quiere no te ve nada más por tu físico. Le explique que tenía que él tener buenos actos, que ser caritativo con la gente, que ser humano, ser bondadoso, y que eso es lo que cuenta a través del tiempo, no una bonita cara, sin embargo le dije que su cara va a quedar mejor... con cirugías y terapias tienes que salir adelante...”²⁷

6.2 EVALUACIÓN DE LOS PLANES

Para determinar la efectividad de los planes se usó como indicador la aplicación nuevamente del Plan de Estimulo de Memoria, Plan socialización de conceptos y del Plan socialización de resultados, es decir, se volvió a plantear el cuestionamiento, la socialización de conceptos y la socialización de resultados. Los resultados obtenidos demostraron la efectividad de los planes. El nivel del equipo pasó de un porcentaje de dominio de 49% a un 93%, Ver Figura 3 y 4. El nivel individual también aumentó como con se puede observar en la Figura 4.

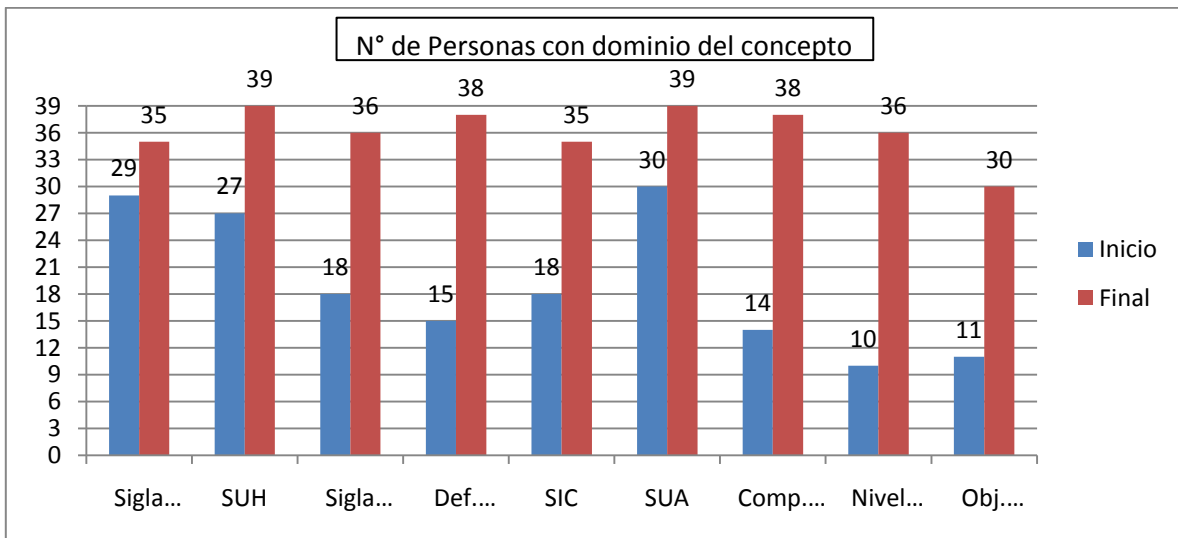
Figura 3. Nivel de dominio del Equipo sobre conocimientos del SOGCS



Fuente: Datos procesados por el Autor

²⁷ Berenice Prado, Mama de Henry.

Figura 4. Evaluación de planes ejecutados en el fortalecimiento de conceptos básicos del SOGCS



Fuente: Datos procesados por el Autor

7. DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

Basados en las disposiciones administrativas, la experiencia del personal, la documentación existente, la experiencia del sector, los enfoques del decreto 1011 de 2006 y/o aquellos que lo modificaron, complementaron o sustituyeron durante la etapa del proyecto, y en general ante cualquier fuente de aporte encontrada, se identificaron, a través de reuniones y entrevistas, los procesos que integrarían el mapa de procesos.

Los objetivos relacionados a esta etapa del proyecto son los siguientes:

- ❖ Desarrollar los fundamentos que sostienen un sistema de gestión que incluye misión, visión, valores corporativos, estructura organizacional, política y objetivos de calidad, indicadores.
- ❖ Establecer, difundir y evaluar el acogimiento a la misión, visión, políticas, valores corporativos, estructura organizacional, política de calidad, objetivos de calidad e indicadores, propios para el direccionamiento de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A.
- ❖ Implementar a través de diferentes sistemas de comunicación, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

7.1 DESARROLLO DE FUNDAMENTOS ESTRATÉGICOS

El desarrollo de fundamentos estratégicos es un requisito por satisfacer, no solo por estar contemplado en el Sistema Único de Acreditación, sino a su vez el éxito o fracaso de una institución depende en gran medida de los cimientos filosóficos sobre los cuales está construida.

La institución en el momento de su constitución desarrolló una Misión, Visión, Principios, valores y una política de calidad, sin embargo se consideró necesario realizar una modificación total de estos conceptos debido a que su formulación no se realizó de forma consistente, o no reflejaba el interés de la administración, o no estaba sometida a un proceso de participación.

7.1.1 Formulación de una nueva misión. Para redefinir la Misión Institucional, el autor de este proyecto, redactó una propuesta, teniendo en cuenta, algunas características identificadas dentro de la institución. La propuesta fue revisada por el Líder de Calidad quién realizó los ajustes que consideró pertinentes, a continuación se presentó ante Gerencia, quién realizó valiosos aportes para su consolidación, y por último se sometió a la valoración, aportes y sugerencias del personal elegido para fortalecerla. La Tabla 26 permite observar paralelamente el cambio total sobre la Misión de la Institución.

Tabla 27. Reformulación de la Misión

MISIÓN 2008	NUEVA MISIÓN
<p>LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A., es una institución de carácter privado comprometida con la prestación de un excelente de servicios de salud, con el apoyo de un recurso humano altamente calificado, competente amable: formadora de talento humano en salud, apoyado en la innovación tecnológica y científica, con los mejores estándares de calidad. Estamos comprometidos con el medio ambiente y el equilibrio social.</p>	<p>Somos los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A., una Institución privada, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad y formadora de Talento Humano, que tiene como propósitos mantener y mejorar, el bienestar físico, mental y social de todos los usuarios en el Nororiente Colombiano que consultan nuestros servicios, a través del cumplimiento de los requisitos contemplados en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y convenios de docencia servicio ajustados a la normatividad vigente, contando para ello con una infraestructura física habilitada, capacidad tecnológica innovadora , talento humano especializado con compromiso social y mejora continua en todos sus procesos para garantizar la seguridad en la atención, el crecimiento y la solidez financiera con alto nivel competitivo en el mercado de la región.</p>

Tabla 27. (Continuación)

MISIÓN 2008	NUEVA MISIÓN
<p>En cumplimiento de la misión institucional se desarrollaron tres ejes fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transformación y cambio organizacional. 2. Modernización tecnológica. 3. Desarrollo del sistema de calidad entendida como excelencia en la prestación de los servicios de salud. <p>El modelo de atención integral es entendido como el desarrollo ordenado de las acciones que los servicios de salud vienen ejecutando, una forma diferente de trabajar con la elaboración de instrumentos que mejoren la calidad y la eficiencia de los servicios, propiciando el acercamiento a los servicios de salud con los usuarios, promoviendo que el usuario este plenamente informado, contribuyendo a mejorar el estado de salud de la población.</p>	

Fuente: Formulada durante la ejecución del proyecto

7.1.2 Formulación de una nueva visión. La Visión, al igual que la Misión, fue sometida al mismo proceso de reformulación. La Tabla 28 permite observar paralelamente el cambio total sobre la Visión de la Institución.

Tabla 28. Reformulación de la Visión

VISION	
VISIÓN 2008	NUEVA VISIÓN
<p>En el año 2015 ser reconocida y acreditada por su calidad como una de las mejores instituciones prestadoras de servicios de salud en su área de influencia.</p>	<p>Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A., en el 2015 será la Institución Prestadora de Servicios de Salud preferida por las EPS y los usuarios de los servicios de salud del Nororienté Colombiano, por sus condiciones de acreditación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud</p>

Fuente: Formulada durante la ejecución del proyecto

7.1.3 Formulación de nuevos principios y valores. Los principios y valores, al igual que la Misión y la Visión, fueron sometidos al mismo proceso de reformulación. La Tabla 28 permite observar paralelamente el cambio total sobre los Principios y Valores de la Institución.

Tabla 29. Reformulación de Principios y Valores

PRINCIPIOS Y VALORES	
PRINCIPIOS Y VALORES 2008	NUEVOS PRINCIPIOS Y VALORES
Honestidad	Legalidad
Transparencia	Oportunidad y eficiencia
Equidad	Solidaridad
Responsabilidad	Justicia
Servicio	Respeto
Participación	Compromiso
Efectividad	Pertenencia
	Principios: <ol style="list-style-type: none"> 1. Justicia 2. Igualdad 3. Humanización Valores: <ol style="list-style-type: none"> 1. Respeto 2. Tolerancia 3. Lealtad 4. Reconocimiento 5. Autocontrol

Fuente: Formulados durante la ejecución del proyecto

7.2 DESARROLLO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

La Institución no contaba con mapa de procesos, por tanto con el fin de identificar e implementar la gestión por procesos se consultaron, diseñaron, documentaron y ejecutaron herramientas y reuniones de capacitación.

7.2.1 Herramientas para socializar la Gestión por Procesos. Para socializar la Gestión por Procesos se hizo uso de las siguientes herramientas:

- Aplicación de la Método Cuadro SQA²⁸
- Aplicación del Método IPLER²⁹-Lectura Autorregulada
- Proyección visual sobre la Gestión por procesos

7.2.1.1 Aplicación de la Técnica cuadro SQA. Se aplicó el cuadro SQA (Ver Anexo 3) con su respectivo instructivo (Ver Anexo 4) para observar lo que el personal conocía de la Gestión por Procesos, lo que quería conocer o aprender y lo que había aprendido después de aplicada las herramientas para fortalecer las competencias en este campo. En la primera etapa el personal desarrollaba las columnas “S” y “Q”.

Tabla 30. Cuadro SQA

LO QUE SE CONOCE (S)	LO QUE SE QUIERE CONOCER / APRENDER (Q)	LO QUE SE HA APRENDIDO (A)
<i>(Escriba lo que sabe en relación con el tema que se trabajará en esta sesión)</i>	<i>(Escriba lo que quiere aprender acerca del tema)</i>	<i>(Escriba lo que ha aprendido y lo que cree que le falta por aprender en relación con el tema tratado, para diferenciar lo que falta por aprender por favor subráyelo o ponga el subtítulo FA:).</i> Esta columna se diligencia después de haber realizado la actividad correspondiente.

Fuente: Tomado del curso virtual SENA 127467. Fundamentos de Códigos y normas de soldadura.

²⁸ Método Cuadro SQA. Tomado del curso virtual SENA 127467. Fundamentos de Códigos y normas de soldadura. Disponible en Internet: <http://www.miportal.edu.sv/sitios/10573/Galerias/SQA/index.htm>

²⁹ Método IPLER. Tomado del curso virtual SENA 127467. Fundamentos de Códigos y normas de soldadura.

7.2.1.2 Aplicación de la lectura Autorregulada. En la segunda etapa se les suministró una lectura³⁰ sobre la Gestión por Procesos (Ver Anexo 5) y la cual estaba totalmente basada en el video que se proyectaría una vez culminada la aplicación del Método IPLER. En la cuarta etapa se entregó el instructivo para aplicar el método IPLER (Ver Anexo 6) y se aplicó el formato de Registro de Lectura-Autorregulada propio del método (Ver Anexo 7) y en el cual el personal debía describir los conceptos referenciados en la Tabla 30.

Tabla 31. Método IPLER. Registro de lectura-Autorregulada

REGISTRO DE LECTURA
1. Título del Tema Subtítulos:
2. Preguntas y respuestas:
3. La idea principal del texto es:
4. El tema se relaciona o se aplica a:
5. Resumen:

Fuente: Tomado del curso virtual SENA 127467. Fundamentos de Códigos y normas de soldadura.

7.2.1.3 Proyección visual de la Gestión por Procesos. En la quinta etapa se proyectó el video³¹ planeado sobre la Gestión por procesos, para fortalecer lo aprendido en la aplicación del Método IPLER.

³⁰ Lectura tomada por el Autor del video elaborado por EUSKALIT, Fundación Vasca para la excelencia, explicando los principios básicos de la gestión por procesos y la metodología de implantación. Disponible en Internet:

http://www.youtube.com/watch?v=aA07Lu5h3js&feature=Playlist&p=7B4594E86D90D1C4&playnext_from=PL&playnext=1&index=70. Parte 1 de 3.

³¹ Elaborado por EUSKALIT, explicando los principios básicos de la gestión por procesos y la metodología de implantación. Disponible en Internet:

http://www.youtube.com/watch?v=aA07Lu5h3js&feature=Playlist&p=7B4594E86D90D1C4&playnext_from=PL&playnext=1&index=70. Parte 1 de 3.

7.2.1.4 Culminación del Cuadro SQA. En la sexta etapa el personal debía llenar la columna “A” del Cuadro SQA. Algunos de los resultados obtenidos en la aplicación de estos métodos se presentan la Tabla 31:

7.2.1.5 Evaluación de las Herramientas para socializar la Gestión por Procesos. Según la apreciación del grupo, la aplicación de estas herramientas logró satisfacer las expectativas con respecto a la Gestión por Procesos, sin embargo eran consientes que aun quedaba bastante por aprender.

Tabla 32. Algunos resultados de la aplicación del Cuadro SQA

LO QUE SE CONOCE (S)	LO QUE SE QUIERE CONOCER / APRENDER (Q)	LO QUE SE HA APRENDIDO (A)
<p>Coordinador Bienes y Servicios: No tengo conocimientos específicos sobre el tema a tratar.</p> <p>Auxiliar de Tesorería: Todo proceso consta de varias etapas las cuales conllevan a su vez a actividades a ejecutar que tienen como fin lograr un objetivo específico.</p> <p>Asistente de Recurso Humano: Gestión por procesos es la metodología por la cual o mediante la cual se pueden realizar los proceso en la institución , no solo con proceso administrativo son la manera en la cual se describe un actividad buscando las realización de la misma de una manera excelente</p>	<p>Coordinador Bienes y Servicios: Elaboración de un proceso Pasos para iniciarlo, ejecutarlo y corregirlo. Diferenciar proceso de procedimiento.</p> <p>Auxiliar de Tesorería: Quiero aprender a tener un manejo excelente de todas las herramientas que el programa no proporciona.</p> <p>Asistente de Recurso Humano: A realizar un proceso en el departamento en que me desempeño.</p>	<p>Coordinador Bienes y Servicios: Definición de proceso de manera adecuada, es un conjunto de actividades que agregan valor a un producto o servicio destinado al cliente interno y externo. Enfoque al cliente Modelo transversal de la organización FA: 8 conceptos fundamentales de la excelencia.</p> <p>Auxiliar de Tesorería: El modelo de organización funcional es bueno pero tiene muchas falencias especialmente cuando cada departamento actúa por separado. Todo es una cadena y la forma de actuar de uno repercute en el proceso del otro y eso se verá en el resultado final percibido por el cliente. Lo ideal es evitar confusiones e incoherencias organizativas</p>

Tabla 32. (Continuación)

LO QUE SE CONOCE (S)	LO QUE SE QUIERE CONOCER / APRENDER (Q)	LO QUE SE HA APRENDIDO (A)
<p>Coordinador de Sistemas: Los Procesos primordiales de la empresa de las diferentes áreas de la institución</p> <p>Coordinadora Programa de capacitación: Método fácil y práctico para organizar una información. Establecer una metodología clara del tema.</p> <p>Química Farmacéutica: Son todos los "pasos" realizados encaminados al desarrollo de un proceso.</p> <p>Coordinador de Urgencias: Toda actividad a realizar debe ser documentada. La documentación de un proceso permite establecer (documentar) la forma adecuada de enfrentar una actividad</p>	<p>Coordinador de Sistemas: Me gustaría aprender desde lo más genérico a lo específico de mi área.</p> <p>Cómo desarrollar el proceso de gestión, con personal capacitado.</p> <p>Coordinadora Programa de capacitación: La utilidad de las herramientas para obtener mayor información.</p> <p>Aclarar los conceptos Proceso y procedimiento.</p> <p>Química Farmacéutica: Como se realizan estos procesos</p> <p>Coordinador de Urgencias: Como elaborar en forma adecuada un proceso</p>	<p>Es importante para obtener los resultados esperados medidos en gran parte por la satisfacción del cliente que es la razón de ser de toda organización</p> <p>El saber aplicar la gestión por procesos a través del ciclo PHVA.</p> <p>Las estrategias permiten determinar responsabilidades, objetivos y pautas de gestión de la organización</p> <p>Asistente de Recurso Humano: Gestión por procesos es implantar en nuestra empresa un modelo de atención basado en procesos que va desde la admisión hasta facturación, se van retroalimentando uno a uno, los cuales no se pueden desligar uno del otro hasta el final. El resultado será un cliente satisfecho porque en cada uno de los departamentos por donde estemos todos sabrán como cuando y donde se realiza cada actividad.</p> <p>Coordinador de Sistemas: En toda empresa desde la gerencia hacia abajo los empleados debemos trabajar en equipo para poder con los objetivos de la empresa, cualquiera que sea la actividad que desarrollen</p> <p>Coordinadora Programa de capacitación: Ejecutar un mapa de procesos y organizar mi equipo de trabajo o proceso operativo basados en la satisfacción del cliente final.</p> <p>Como líder de proceso establezco el procedimiento a seguir</p>

Tabla 32. (Continuación)

LO QUE SE CONOCE (S)	LO QUE SE QUIERE CONOCER / APRENDER (Q)	LO QUE SE HA APRENDIDO (A)
		<p>Química Farmacéutica: Proceso es un modelo y aunque los países en desarrollo tienen procesos diferentes convergen en ciertos puntos. Cada organización debe adaptar estos procesos a sus necesidades recordando el papel del cliente en todos ellos.</p> <p>Coordinador de Urgencias: La organización por procesos da lugar a aprendizaje y mejoramiento continuo.</p>

Fuente: Información procesada por el Autor, en base a los registros obtenidos.

Con respecto a la aplicación del Método IPLER, en la Tabla 33 se presentan algunos de los resultados.

Tabla 33. Algunos resultados de la Aplicación del Método IPLER-Lectura Autorregulada

REGISTRO DE LECTURA
<p>Resumen:</p> <p>Coordinador Bienes y Servicios: La gestión por procesos en la organización es un enfoque basado en la vinculación horizontal de todas las áreas. En la antigüedad la producción era jerárquica y no especializada y en la actualidad la globalización exige una filosofía organizacional que vincule al cliente y le dé un valor agregado al producto. Los nuevos principios básicos de la calidad sirven para lograr la excelencia organizacional</p> <p>Asistente de Recurso Humano: Las organizaciones inician pensando en productividad, sin planeación ni objetivos claros, cuando se convierten en organizaciones planeadas, ejecutan procesos donde desde el primero hasta el último van unidos, el primero termina para dar inicio al siguiente hasta el final, buscando la excelencia en el producto. De este modo se da la competitividad.</p>

Tabla 33. (Continuación)

REGISTRO DE LECTURA
<p>Coordinadora Programa de capacitación: La gestión por procesos es un modelo de gestión para ayudar a cumplir la misión y visión de nuestra organización.</p> <p>Coordinador de Urgencias: El artículo nos ubica en la diferencia entre una estructura vertical contra una organización por procesos, haciendo ver la conveniencia de ésta última, además de orientar en la forma adecuada de realizar un proceso.</p>

Fuente: Información procesada por el Autor, en base a los registros obtenidos.

7.2.1.6 Retroalimentación de los Método aplicados. En la séptima y última etapa se socializaron los conceptos descritos en el cuadro SQA. Esta última etapa fue importante para resolver las inquietudes restantes que tenía el personal sobre la Gestión por Procesos.

7.3 IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

7.3.1 Elaboración de la base documental. Para implementar la Gestión por Procesos se diseñaron y documentaron los siguientes documentos:

- ❖ Procedimiento de control de documentos (Ver Anexo 8)
- ❖ Requisitos en el encabezado de los documentos (Ver Anexo 9)
- ❖ Requisitos de codificación de los documentos (Ver Anexo 10)
- ❖ Estándares de Gerencia de sistemas de Información (Ver Anexo 11)
- ❖ Formato de Solicitud de revisión documental (Ver Anexo 12)
- ❖ Formato para elaborar Instructivos (Ver Anexo 13)
- ❖ Formato para elaborar procedimientos (Ver Anexo 14)
- ❖ Formato para elaborar ficha técnica del indicador (Ver Anexo 15)

- ❖ Formato para elaborar Protocolos (Ver Anexo 16)
- ❖ Formato para elaborar Caracterización (Ver Anexo 17)
- ❖ Formato para elaborar Manuales (Ver Anexo 18)
- ❖ Listado Maestro de documentos (Ver Anexo 19)
- ❖ Formato de Planeación de Socialización (Ver Anexo 20)
- ❖ Formato de Socialización (Ver Anexo 21)
- ❖ Formato de distribución de documento (Ver Anexo 22)

7.3.2 Identificación de procesos. En base a las actividades ejecutadas para el desarrollo de la Gestión por Procesos, igualmente a la base documental y a través de reuniones con el grupo se logró identificar los Procesos sobre los cuales se sustentaría la gestión del Hospital. Los procesos identificados se muestran en la Tabla 34.

Tabla 34. Listado de Procesos y Nomenclatura

#	#	Tipo de Proceso	Nombre del Proceso	Nomenclatura
1	1	Misional	Servicio de Información y Atención al Usuario, Registro y Archivo	SIAUR
2	2	Misional	Urgencias	U
3	3	Misional	Hospitalización	H
4	4	Misional	Quirúrgico y Esterilización	QXE
5	5	Misional	Cuidados Intermedios e Intensivos Neonatal	UCIN
6	6	Misional	Cuidados Intermedios e Intensivos	UCIA
7	7	Misional	Consulta Externa	CE
8	8	Misional	Docencia Servicio	DS
9	1	Estratégico	Gestión de Gerencial	GG
10	2	Estratégico	Gestión de Calidad	GQ
11	3	Estratégico	Control Interno	CI
12	4	Estratégico	Convenios y Mercadeo	CM
13	1	Apoyo Asistencial	Gestión del Servicio Farmacéutico	GSF
14	2	Apoyo Asistencial	Ayudas Diagnosticas y Terapéuticas	GH

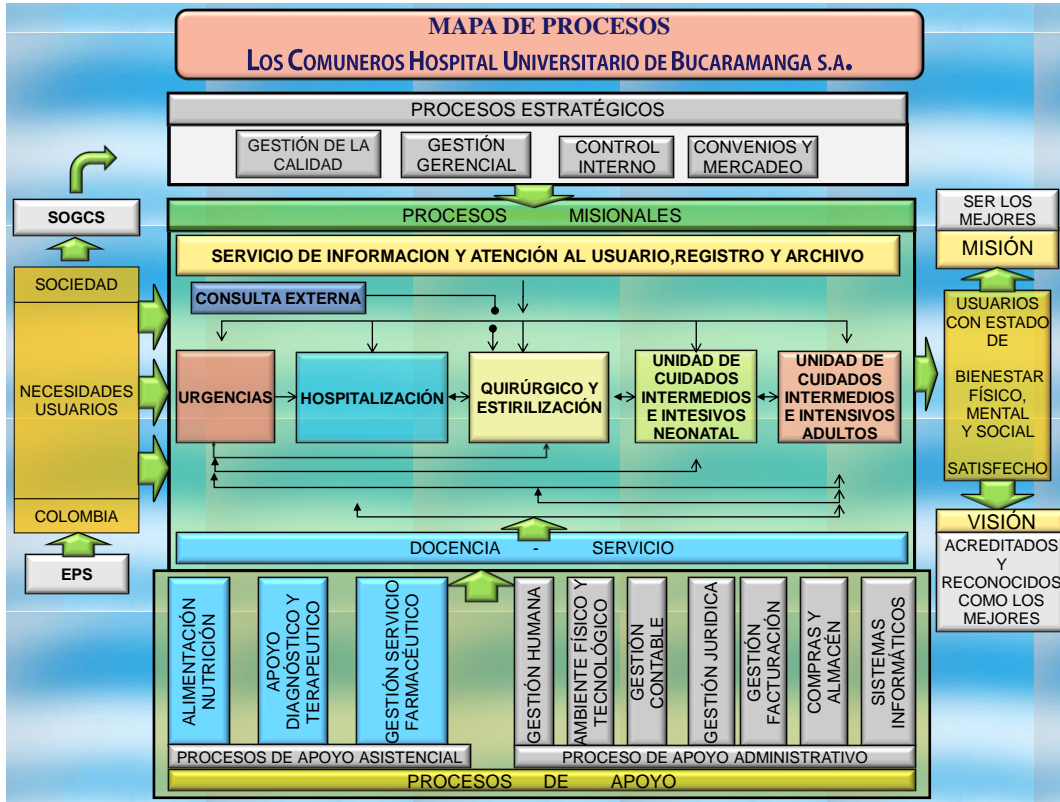
Tabla 34 (Continuación)

#	#	Tipo de Proceso	Nombre del Proceso	Nomenclatura
15	3	Apoyo Asistencial	Alimentación Nutrición	AN
16	1	Apoyo Administrativo	Gestión Humana	GH
17	2	Apoyo Administrativo	Gestión de Facturación	GF
18	3	Apoyo Administrativo	Gestión Contable	GC
19	4	Apoyo Administrativo	Compras y Almacén	CA
20	5	Apoyo Administrativo	Sistemas Informáticos	SI
21	6	Apoyo Administrativo	Ambiente Físico y Tecnológico	AFT
22	7	Apoyo Administrativo	Gestión Jurídica	GJ

Fuente: Listado de procesos definidos durante la ejecución del proyecto.

7.3.2.1 Elaboración del Mapa de procesos. En base a los procesos identificados se elaboró el Mapa de Procesos. El Mapa de procesos logró consolidarse gracias al trabajo en equipo, después de haberse realizado varias propuestas.

Figura 5. Mapa de Procesos



Fuente: Mapa desarrollado durante la ejecución del proyecto.

7.3.2.2 Caracterización de Procesos. En base al listado de procesos, al mapa de procesos y a los formatos del procedimiento de control de documentos se dio inicio a la documentación de cada proceso. La caracterización de procesos se realizó haciendo uso del Formato para elaborar Caracterización (Ver Anexo 17). Los procedimientos caracterizados se muestran a continuación:

- Servicio de Información y Atención al Usuario, Registro y Archivo (Ver Anexo 23)
- Urgencias (Ver Anexo 24)
- Hospitalización (Ver Anexo 25)
- Quirúrgico y Esterilización (Ver Anexo 26)
- Consulta Externa (Ver Anexo 27)
- Docencia Servicio (Ver Anexo 28)
- Ayudas Diagnósticas y Terapéuticas (Ver Anexo 29)
- Gestión Jurídica (Ver Anexo 30)

8. SEGUIMIENTO AL SOGCS

Los objetivos relacionados a esta etapa del proyecto son los siguientes:

- ❖ Realizar dos auditorías internas de acuerdo a los procedimientos establecidos, con el fin de recopilar evidencias que den fe, en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- ❖ Realizar los ajustes necesarios al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de acuerdo a los resultados arrojados en la auditoría.
- ❖ Mantener y mejorar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

En el seguimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud se hizo uso del procedimiento de auditoría interna y de sus respectivos formatos a los cuales se hace referencia a continuación:

- Procedimiento de Auditoría Interna (Ver Anexo 32)
- Escalas de calificación en estándares de acreditación (Ver Anexo 33)
- Programa anual de auditorías (Ver Anexo 34)
- Formato de planeación de auditoría (Ver Anexo 36)
- Formato ejecución de auditoría (Ver Anexo 35)
- Formato de Observaciones de auditoría (Ver Anexo 36)
- Formato para elaborar informe de auditoría (Ver Anexo 37)
- Formato de Auditoría en estándares de habilitación (Ver Anexo 38)
- Formato de auditoría en estándares de habilitación (Ver Anexo 39)
- Formato de auditoría en estándar de Recurso Humano (Ver Anexo 40)

- Formato de verificación en condiciones técnico administrativas (Ver Anexo 41)
- Formato de verificación en suficiencia patrimonial y financiera (Ver Anexo 42)
- Formato de auditoría en estándares de acreditación de servicios hospitalarios (Ver Anexo 43)
- Formato de auditoría en acreditación de estándares de servicios ambulatorios (Ver Anexo 44)
- Formato de Nivel de cumplimiento a estándares de habilitación (Ver Anexo 45)

8.1 PRIMERA AUDITORÍA AL SOGCS

8.1.1 Seguimiento al componente Sistema Único de Habilitación. En base a las herramientas y formatos utilizados para la realización del diagnóstico y aplicando el procedimiento de auditoría se realizó la primera auditoría de seguimiento al SOGCS.

8.1.1.1 Seguimiento a las condiciones tecnológicas y científicas

Tabla 35. Seguimiento a condiciones tecnológicas y científicas en Auditoría 1

AUDITORÍA 1							
ESTÁNDARES	ANÁLISIS DE ESTÁNDARES						
	Total	NA	A	NvA	C	NC	% C
1. Recurso humano	106	71	35	33%	31	4	89%
2. Infraestructura física	61	28	33	54%	22	11	67%
3. Dotación – mantenimiento	57	33	24	42%	18	6	75%
4. Gestión de medicamentos y dm	10	3	7	70%	2	5	29%
5. Procesos prioritarios asistenciales	59	27	32	54%	8	24	25%
6. Historias clínicas	17	4	13	76%	12	1	92%
7. Interdependencia de servicios	18	13	5	28%	5	0	100%
8. Referencia y contrareferencia	11	5	6	55%	3	3	50%
9. Seguimiento a riesgos	23	14	9	39%	5	4	56%
Capacidad tecnológica y científica	362	198	164	45%	106	58	65%

Fuente: Datos procesados por el Autor

NA: No Aplica, A: Aplica, NvA: Nivel de Aplicabilidad, NC: No Cumple, %C: Porcentaje de cumplimiento.

Tabla 36. Avance en el nivel de cumplimiento a condiciones de capacidad tecnológica y científica

AVANCE EN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTIFICA		
ESTANDARES	DIAGNÓSTICO	AUDITORÍA 1
1. Recurso humano	65%	89%
2. Infraestructura física	37%	67%
3. Dotación - mantenimiento	68%	75%
4. Gestión de medicamentos y dm	0%	29%
5. Procesos prioritarios asistenciales	6%	25%
6. Historias clínicas	64%	92%
7. Interdependencia de servicios	100%	100%
8. Referencia y contrareferencia	0%	50%
9. Seguimiento a riesgos	10%	56%
Total	41%	65%

Fuente: Datos procesados por el Autor

La tabla muestra claramente como se logró un avance en cada uno de estándares a excepción del estándar 7, el cual siempre ha estado en un 100% ya que la Hospital presenta integralidad en sus servicios.

Tabla 37. Disminución de estándares no cumplidos

Disminución de Estándares No cumplidos		
Estándares	Diagnóstico	Auditoría 1
	Estándares No cumplidos	Estándares Cumplidos
1. Recurso humano	13	4
2. Infraestructura física	22	11
3. Dotación - mantenimiento	8	6
4. Gestión de medicamentos y dm	7	5
5. Procesos prioritarios asistenciales	32	24
6. Historias clínicas	5	1
7. Interdependencia de servicios	0	0
8. Referencia y contrareferencia	7	3
9. Seguimiento a riesgos	9	4
Capacidad tecnológica y científica	103	58

Fuente: Datos procesados por el Autor

La Tabla 37 muestra claramente la disminución de los requisitos que no se cumplían. El estándar que obtuvo mayor avance con respecto al total de estándares, es Infraestructura física. Esta disminución obedece a que el Hospital está realizando grandes inversiones en infraestructura.

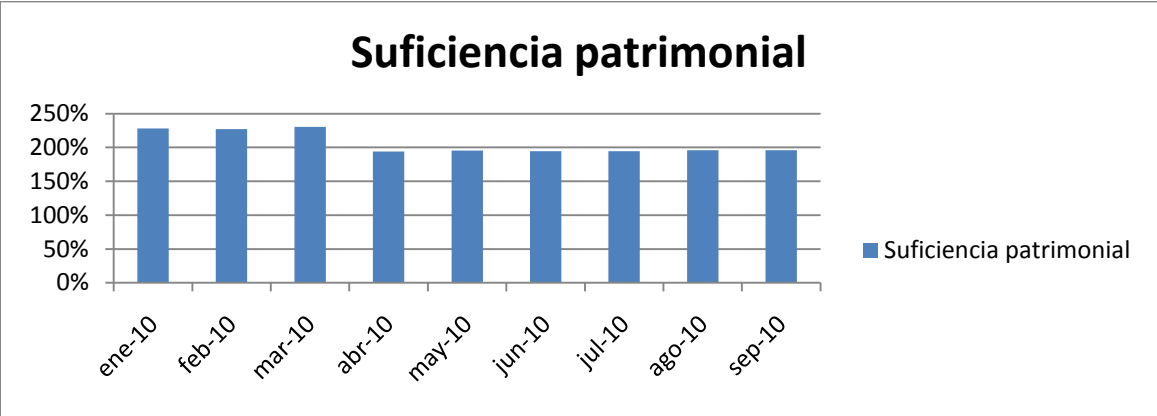
8.1.1.2 Seguimiento a condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

Tabla 38. Seguimiento a condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

VERIFICACIÓN DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA			
#	CRITERIO / MODO DE VERIFICACIÓN	RESULTADO	Verificación
1	Patrimonio: Patrimonio total x 100 ----- Capital Cuenta que registre el capital (código 31 del Plan Único de Cuentas) El valor resultante de la operación indicada deberá ser superior a 50%	196%	Cumple
2	Obligaciones mercantiles: Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días x 100 ----- Pasivo corriente El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%	0	Cumple
3	Obligaciones laborales. Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días x 100 ----- Pasivo corriente El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%	0	Cumple

Fuente: Datos procesados por el Autor

Figura 6. Seguimiento a la suficiencia patrimonial



Fuente: Datos procesados por el Autor

8.1.1.3 Seguimiento a condiciones técnico administrativas

Tabla 39. Seguimiento a condiciones técnico administrativas

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS				
#	CRITERIO	MODO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES	Verificación
1	<p>Razón social:</p> <p>El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.</p>	<p>Razón social:</p> <p>En el documento de creación de la institución se verificará:</p> <p>El nombre o razón social de la institución y su concordancia con el nombre o razón social registrada en el formulario de declaración de cumplimiento de requisitos de habilitación.</p> <p>El documento de creación es el acto administrativo que le da vida jurídica a la institución que de acuerdo con la naturaleza jurídica puede ser:</p> <p>El certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio, para las entidades privadas con ánimo de lucro.</p>	<p>Existe Concordancia</p>	<p>Cumple</p>
2	<p>Sistema contable para generar estados financieros</p> <p>El cumplimiento de los requisitos administrativos que le permitan demostrar que la IPS cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.</p>	<p>Se verificará que la institución cuente con registros contables con las especificaciones definidas en el Plan Único de Cuentas cuando se trate de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.</p>	<p>Los registros contables poseen las especificaciones definidas en el PUC</p>	<p>Cumple</p>

Fuente: Información procesada por el Autor

8.1.2 Seguimiento al componente PAMEC

Tabla 40. Seguimiento al componente PAMEC

AUDITORÍA 1		
PAMEC		
	DIAGNÓSTICO	AUDITORÍA 1
Total de criterios	14	14
Criterios que NO aplican	1	1
Criterios que APLICAN	13	13
Criterios que CUMPLEN	13	13
Criterios que NO cumplen	0	0
Porcentaje de cumplimiento	100%	100%

Fuente: Datos procesados por el Autor

8.1.3 Seguimiento al componente Sistema Único de Acreditación

Tabla 41. Seguimiento al componente Sistema Único de Acreditación

AUDITORIA 1						
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN						
ANEXO TÉCNICO N° 1, RESOLUCIÓN 1445 DE 2006						
ESTÁNDARES	TOTAL DE REQUISITOS		PUNTOS POSIBLES		PUNTOS OBTENIDOS	
	D	A1	D	A1	D	A1
Asistenciales	25	25	125	125	25	27
Direccionamiento	14	14	70	70	14	15
Gerencia	14	14	70	70	14	15
Recurso Humano	14	14	70	70	14	15
Ambiente Físico	13	13	65	65	13	14
Sistemas Información	11	11	55	55	11	12
TOTAL	91	91	455	455	91	99

Fuente: Datos procesados por el Autor

8.1.4 Seguimiento al componente Sistema de Información para la Calidad

Tabla 42. Seguimiento al componente Sistema de Información para la Calidad

AUDITORIA 1		
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD		
	Diagnóstico	Auditoría 1
TOTAL	49	49
NO aplican	0	5
APLICAN	49	44
CUMPLEN	49	44
NO cumplen	0	0
Porcentaje de cumplimiento	1	1

Fuente: Datos procesados por el Autor

8.1.4 Resultado de la primera auditoría al SOGCS

Tabla 43. Resultado de la primera Auditoría al SOGCS

AUDITORÍA 1												
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				CONSOLIDACIÓN DE CUMPLIMIENTO A REQUISITOS								
				ANÁLISIS DE LOS REQUISITOS								
	FECHA	REQUISITOS DEL COMPONENTE	T	TR	NA	A	Ap.	C	NC	RC	% C	
SOGC	2006-04-03	Decreto 1011	A	57	6	51	89%	11	1	12	92%	
COMPONENTES												
1	SUH	2006-04-03	Resolución 1043	A	11	0	11	100%	6	3	9	67%
		2006-04-03	Resolución 1043 Anexo T 1	E	362	198	164	49%	106	58	198	65%
2	PAMEC		Artículos Decreto 1011		14	1	13	93%	13	0		100%
3	SUA	2006-05-08	Resolución 1445	A	6	0	6	100%	NA	NA	NA	NA
		2006-05-08	Resolución 1445 Anexo T1	E	91	0	91	100%	NA	NA		20%
4	SIC	2006-05-08	Resolución 1446"	A	8	0	8	100%	3	0	3	100%
		2006-05-08	Resolución 1446 Anexo T1	I	49	5	44	90%	44	0	49	100%
TOTAL DE CUMPLIMIENTO EN EL SOGCS					501	210	291	58%	183	62	271	68%

Fuente: Datos procesados por el Autor

T: Tipo de Requisito, NA: Requisitos que no Aplican, A: Requisitos que Aplican, Ap: Aplicabilidad, C: Requisitos que se Cumplen, NC: Requisitos que No se Cumplen, RC: Requisitos de Cumplimiento, %C: Porcentaje de Cumplimiento.

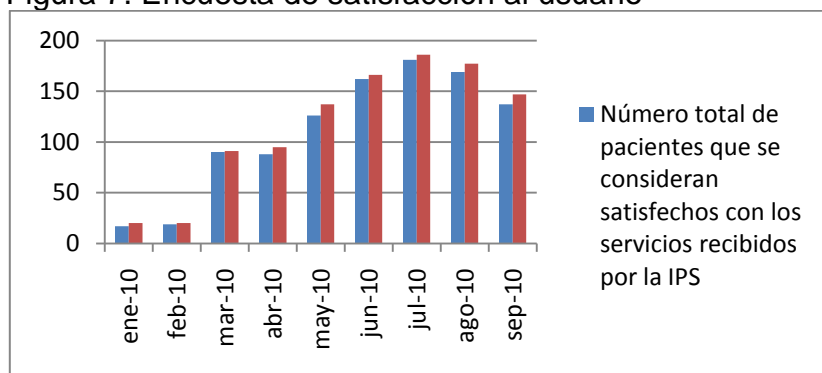
Tabla 44. Nivel de avance del SOGCS

Nivel de avance del SOGCS			
Requisito		Diagnóstico	Auditoria 1
D1011	Decreto 1011	92%	92%
Componente		% C	% C
SUH	Resolución 1043	67%	67%
	Resolución 1043 Anexo T 1	41%	65%
PAMEC	Artículos Decreto 1011	100%	100%
SUA	Resolución 1445	NA	NA
	Resolución 1445 Anexo T1	20%	20%
SIC	Resolución 1446	100%	100%
	Resolución 1446 Anexo T1	100%	100%
TOTAL		58%	68%

Fuente: Datos procesados por el Autor

El plan de acciones de la primera auditoría fue entregado a los grupos primarios (Ver Anexo 47).

Figura 7. Encuesta de satisfacción al usuario



Fuente: Sistema de Información para la calidad Los Comuneros HUB.S.A.

8.2 SEGUNDA AUDITORÍA AL SOGCS

8.2.1 Seguimiento al componente Sistema Único de Habilitación

8.2.1.1 Seguimiento a las condiciones tecnológicas y científicas

Tabla 45. Seguimiento a condiciones tecnológicas y científicas

AUDITORÍA 2							
ESTÁNDARES	ANÁLISIS DE ESTÁNDARES						
	Total	NA	A	NvA	C	NC	% C
1. Recurso humano	106	69	37	35%	35	2	95%
2. Infraestructura física	61	28	33	54%	25	8	76%
3. Dotación - mantenimiento	57	33	24	42%	21	3	88%
4. Gestión de medicamentos y dm	10	3	7	70%	3	4	43%
5. Procesos prioritarios asistenciales	59	27	32	54%	14	18	44%
6. Historias clínicas	17	4	13	76%	12	1	92%
7. Interdependencia de servicios	18	13	5	28%	5	0	100%
8. Referencia y contrareferencia	11	5	6	55%	4	2	67%
9. Seguimiento a riesgos	23	14	9	39%	7	2	78%
Capacidad tecnológica y científica	362	196	166	46%	126	40	76%

Fuente: Datos procesados por el Autor

Tabla 46. Avance en el nivel de cumplimiento de capacidad tecnológica y científica

AVANCE EN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA			
	DIAGNÓSTICO	AUDITORÍA 1	AUDITORÍA 2
1. Recurso humano	65%	89%	95%
2. Infraestructura física	37%	67%	76%
3. Dotación - mantenimiento	68%	75%	88%
4. Gestión de medicamentos y dm	0%	29%	43%
5. Procesos prioritarios asistenciales	6%	25%	44%
6. Historias clínicas	64%	92%	92%
7. Interdependencia de servicios	100%	100%	100%
8. Referencia y contrareferencia	0%	50%	67%
9. Seguimiento a riesgos	10%	56%	78%
TOTAL	41%	65%	76%

Fuente: Datos procesados por el Autor

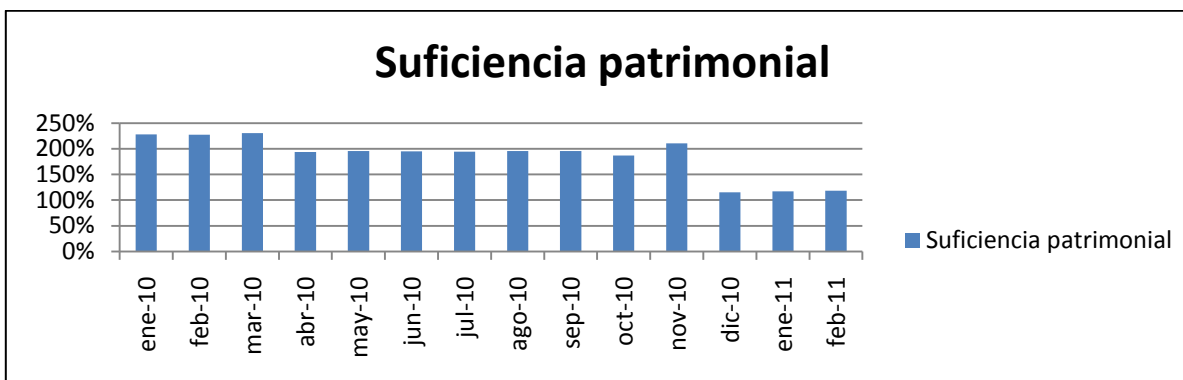
8.2.1.2 Seguimiento a condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

Tabla 47. Seguimiento a condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

VERIFICACIÓN DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA			
#	CRITERIO / MODO DE VERIFICACIÓN	RESULTADO	Verificación
1	<p>Patrimonio:</p> <p>Patrimonio total x 100</p> <p>-----</p> <p>Capital</p> <p>Cuenta que registre el capital</p> <p>(código 31 del Plan Único de Cuentas)</p> <p>El valor resultante de la operación indicada deberá ser superior a 50%</p>	119%	Cumple
2	<p>Obligaciones mercantiles:</p> <p>Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles</p> <p>vencidas en más de 360 días x 100</p> <p>-----</p> <p>Pasivo corriente</p> <p>El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%</p>	0	Cumple
3	<p>Obligaciones laborales.</p> <p>Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días x</p> <p>100</p> <p>-----</p> <p>Pasivo corriente</p> <p>El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%</p>	0	Cumple

Fuente: Datos procesados por el Autor

Figura 8. Seguimiento a la suficiencia patrimonial



Fuente: Datos procesados por el Autor

8.2.1.3 Seguimiento a condiciones técnico administrativas

Tabla 48. Seguimiento a condiciones técnico administrativas

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS				
#	CRITERIO	MODO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES	Verificación
1	<p>Razón social:</p> <p>El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.</p>	<p>Razón social:</p> <p>En el documento de creación de la institución se verificará:</p> <p>El nombre o razón social de la institución y su concordancia con el nombre o razón social registrada en el formulario de declaración de cumplimiento de requisitos de habilitación.</p> <p>El documento de creación es el acto administrativo que le da vida jurídica a la institución que de acuerdo con la naturaleza jurídica puede ser:</p> <p>El certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio, para las entidades privadas con ánimo de lucro.</p>	Existe Concordancia	Cumple
2	<p>Sistema contable para generar estados financieros</p> <p>El cumplimiento de los requisitos administrativos que le permitan demostrar que la IPS cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.</p>	Se verificará que la institución cuente con registros contables con las especificaciones definidas en el Plan Único de Cuentas cuando se trate de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.	Los registros contables poseen las especificaciones definidas en el PUC	Cumple

Fuente: Datos procesados por el Autor

8.2.2 Seguimiento al componente PAMEC

Tabla 49. Seguimiento al componente PAMEC

AUDITORÍA 1			
PAMEC			
	DIAGNÓSTICO	AUDITORÍA 1	AUDITORÍA 2
Total de criterios	14	14	14
Criterios que NO aplican	1	1	1
Criterios que APLICAN	13	13	13
Criterios que CUMPLEN	13	13	13
Criterios que NO cumplen	0	0	0
Porcentaje de cumplimiento	100%	100%	100%

Fuente: Datos procesados por el Autor

8.2.3 Seguimiento al componente Sistema Único de Acreditación

Tabla 50. Seguimiento al componente Sistema Único de Acreditación

AUDITORÍA 1									
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN									
ANEXO TÉCNICO N° 1, RESOLUCIÓN 1445 DE 2006									
ESTÁNDARES	TOTAL DE REQUISITOS			PUNTOS POSIBLES			PUNTOS OBTENIDOS		
	D	A1	A2	D	A1	A2	D	A1	A2
Asistenciales	25	25	25	125	125	125	25	27	29
Direccionamiento	14	14	14	70	70	70	14	15	16
Gerencia	14	14	14	70	70	70	14	15	16
Recurso Humano	14	14	14	70	70	70	14	15	16
Ambiente Físico	13	13	13	65	65	65	13	14	15
Sistemas Información	11	11	11	55	55	55	11	12	13
TOTAL	91	91	91	455	455	455	91	106	106

Fuente: Datos procesados por el Autor

8.2.4 Seguimiento al componente Sistema de Información para la Calidad

Tabla 51. Seguimiento al componente Sistema de Información para la calidad

AUDITORIA 2			
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD			
	Diagnóstico	Auditoría 1	Auditoría 2
TOTAL	49	49	49
NO aplican	0	5	5
APLICAN	49	44	44
CUMPLEN	49	44	44
NO cumplen	0	0	0
Porcentaje de cumplimiento	100%	100%	100%

Fuente: Datos procesados por el Autor

8.2.5 Resultado de la segunda auditoría al SOGCS

Tabla 52. Resultado de la segunda auditoría

AUDITORÍA 2												
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud				Consolidación de cumplimiento a requisitos								
				Análisis de los requisitos								
	Fecha	Requisitos del componente	T	TR	NA	A	Ap.	C	NC	RC	% C	
SOGC	2006-04-03	Decreto 1011	A	57	6	51	89%	11	1	12	92%	
COMPONENTES												
1	SUH	2006-04-03	Resolución 1043	A	11	0	11	100%	6	3	9	67%
		2006-04-03	Resolución 1043 Anexo T 1	E	362	196	166	49%	126	103	196	76%
2	PAMEC	2006-04-03	Decreto 1011		14	1	13	93%	13	0	13	100%
3	SUA	2006-05-08	Resolución 1445	A	6	0	6	100%	NA	NA	NA	NA
		2006-05-08	Resolución 1445 Anexo T1	E	91	0	91	100%	NA	NA	91	20%
4	SIC	2006-05-08	Resolución 1446	A	8	0	8	100%	3	0	3	100%
		2006-05-08	Resolución 1446 Anexo T1	II	49	5	44	90%	44	0	49	100%
TOTAL DE CUMPLIMIENTO EN EL SOGCS					501	208	293	58%	203	107	269	75%

Fuente: Datos procesados por el Autor

Tabla 53. Nivel de avance del SOGCS

Nivel de avance del SOGCS				
Requisito		Diagnóstico	Auditoría 1	Auditoría 2
D1011	Decreto 1011	92%	92%	92%
Componente		% C	% C	% C
SUH	Resolución 1043	67%	67%	67%
	Resolución 1043 Anexo T 1	41%	65%	76%
PAMEC	Artículos Decreto 1011	100%	100%	100%
SUA	Resolución 1445	NA	NA	NA
	Resolución 1445 Anexo T1	20%	22%	23%
SIC	Resolución 1446	100%	100%	100%
	Resolución 1446 Anexo T1	100%	100%	100%
TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL SOGCS		58%	68%	75%

Fuente: Datos procesados por el Autor

El plan de acciones de la segunda auditoría fue entregado a los grupos primarios (Ver Anexo 47).

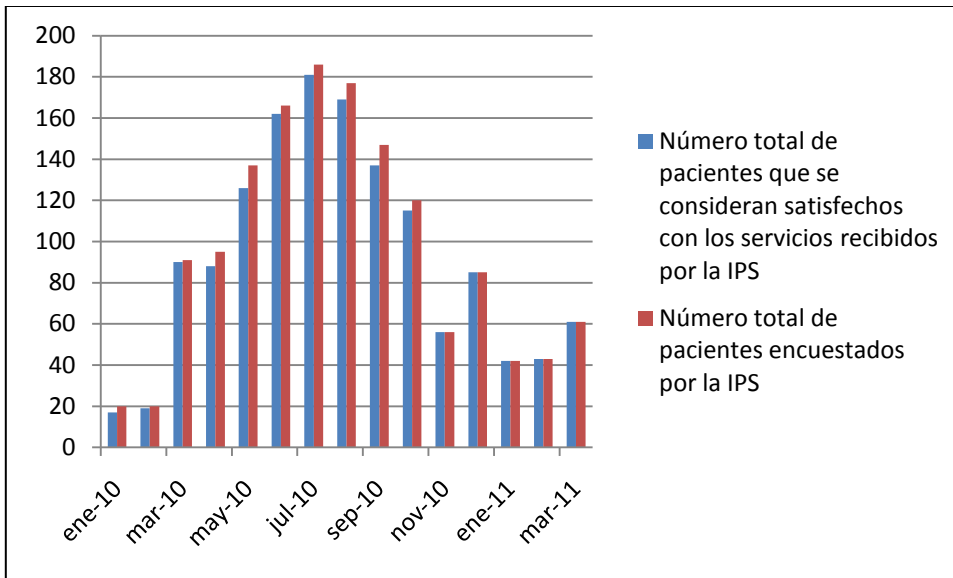
8.2.6 Encuesta de satisfacción al cliente

Tabla 54. Tabulación de encuesta de satisfacción al cliente

Fecha	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS	Número total de pacientes encuestados por la IPS
ene-10	17	20
feb-10	19	20
mar-10	90	91
abr-10	88	95
may-10	126	137
jun-10	162	166
jul-10	181	186
ago-10	169	177
sep-10	137	147
oct-10	115	120
nov-10	56	56
dic-10	85	85
ene-11	42	42
feb-11	43	43
mar-11	61	61

Fuente: Sistema de Información para la calidad Los Comuneros HUB.S.A.

Figura 9. Tasa de satisfacción al cliente



Fuente: Sistema de Información para la Calidad, Los Comuneros HUB.S.A.

9. CONCLUSIONES

- En la elaboración del diagnóstico logro consolidarse una excelente herramienta para realizar seguimiento a los estándares del SOGCS, pienso que esa herramienta puede continuar mejorando hasta el punto que pueda ser acogida por el Ministerio de la Protección Social, como una forma de facilitar a las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y a los Profesionales Independientes, realizar un seguimiento y mejoramiento del Sistema.
- La socialización permitió conocer que existe una necesidad profunda por crear nuevas herramientas de capacitación y en ello considero que he de trabajar, desarrollando algunas ideas que ya vinieron a mi mente, sobre como facilitar a los trabajadores del sector salud la asimilación de los objetivos perseguidos por el SOGCS.
- La organización de los estándares del Sistema Único de Habilitación no facilitan a los Prestadores de Servicios de Salud, la implementación del componente, debido a que los estándares se establecieron asignado al estándar los servicios a los cuales aplicaba y no a cada servicio asignar los estándares que debe cumplir.
- El diseño de la herramienta para realizar el diagnóstico se consideró un aporte valioso a la autoevaluación, dado que permite de forma dinámica cuantificar el cumplimiento a los requisitos de SOGCS.
- Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares en salud poseen bajos conocimientos sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, lo cual dificulta la implementación del mismo.

- Concluyo por considerar que el sector salud es un espacio ideal para llevar a cabo mi proyecto de vida, por ser un sector de alto impacto social.

10. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS realizar una revisión de los Estándares del Sistema Único de Habilitación realizar una modificación a la presentación de los mismos, siendo indispensable que para cada servicio se establezcan específicamente las condiciones de capacidad tecnológica y científica que deben cumplir, y no la organización actual donde a cada condición de capacidad tecnológica y científica se le asignan los servicios.
- Se recomienda a las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS integrar los componentes a la formación en Salud, a través de los planes de estudio, debido a que los profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares deben conocer a profundidad sobre las herramientas diseñadas por estado para cumplir con la Calidad en Salud.
- Se recomienda a las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS, diseñar herramientas tecnológicas que faciliten la autoevaluación de los Prestadores de Servicios de Salud con respecto a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
- Se recomienda a la Escuela de Estudio Industriales y Empresariales de la Universidad Industrial de Santander integrar dentro sus programas académicos la formación en el SOGCS, a través de materias de contexto o especializaciones.
- Se recomienda a la Universidad Industrial de Santander prestar seguimiento a los programas que ofrece en la formación en salud, como lo son los de Tecnólogo en Regencia de Farmacia y Auxiliar de Farmacia, ya que en procesos de selección de personal efectuados sobre candidatos egresados y estudiantes de

la universidad, se evidenció un bajo nivel de conocimientos sobre los fundamentos de sus profesiones, lo cual generaba una pérdida de reconocimiento a la calidad de la Universidad.

BIBLIOGRAFÍA

Apuntes sobre la prehistoria de la medicina. Cuarta Clase El Arte Hipocrático. Disponible en Internet:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_05.html

Apuntes sobre la prehistoria de la medicina. Cuarta Clase El Arte Hipocrático. Disponible en Internet:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_05.html

Apuntes sobre la prehistoria de la medicina. Sexta Clase. La Medina Medieval. Disponible en Internet:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_07.html

Apuntes sobre la prehistoria de la medicina. Undécima Clase. Medicina de la Ilustración. Disponible en Internet:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_12.html

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. DECRETO 1011 (3 Abril de 2006) Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 (3 Abril de 2006) Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Artículo 1.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 2680 (3 Agosto de 2007) “Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones”

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 3763 (18 Octubre de 2007) “Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones”

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1445 (8 Mayo de 2006) “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 3960 (17 Octubre de 2008) “Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y los Anexos Técnicos. Artículo 3.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1446 (8 Mayo de 2006) “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”. Anexo Técnico

Diario de los Yacimientos de Atapuerca. Disponible en Internet: <http://www.atapuerca.org/Lasaludylaprehistoria.pdf>

EUSKALIT, Fundación Vasca para la excelencia. Principios básicos de la gestión por procesos y la metodología de implantación. Disponible en Internet: http://www.youtube.com/watch?v=aA07Lu5h3js&feature=Playlist&p=7B4594E86D90D1C4&playnext_from=PL&playnext=1&index=70. Parte 1 de 3.

GAMOW, George. Biografía de la Física. Harper & Row, Publishers-Revista de Occidente. Salvat Editores, S.A – Alianza Editorial S.A. 1971. p.143-144

JIMENEZ Jorge y Roja Paulina. Temas de medicina ambulatoria. Organización de la atención sanitaria Chilena. Disponible en Internet: <http://escuela.med.puc.cl/publ/medamb/OrganizacionSanitaria.html>

MD. MSc. OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Caracterización del mercado del aseguramiento en el Régimen Contributivo en Colombia. Cartagena, Agosto 2006

RCN, [Noticiero]. Video capturado por el autor, a través de la pantalla del computador mediante el Software Camtasia estudio 7

TELETON MEXICO. Disponible en Internet:
<http://www.youtube.com/watch?v=xaDRjJNXg9I>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Disponible en:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/home.asp>

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA. Clasificación Nacional de Ocupaciones. Disponible en Internet: <http://observatorio.sena.edu.co/cno.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Disponible en Internet:
<http://www.who.int/es/>

SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA. Disponible en Internet
http://www.bucaramanga.gov.co/seccion.asp?cod_sec=9

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Disponible en Internet:
<http://www.cgh.org.co/index.php>

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Disponible en Internet:
<http://www.unydos.com/acreditacion/qacreditacion.php>

SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ. Disponible en Internet:
<http://www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemahabilitacion.aspx>

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Tabla de cumplimiento de Objetivos			
#	Objetivo	Evidencia	
		Capítulo	Página
1	Gestionar, organizar y administrar las fuentes de información necesarias para fortalecer el desarrollo de las actividades aquí propuestas.	4	47-71
2	Realizar, de acuerdo a los requisitos consignados en el Decreto 1011 de 2006, el diagnóstico inicial sobre las condiciones actuales en que se encuentra Los comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.	4	47-71
3	Diseñar, teniendo en cuenta el diagnóstico inicial, un plan cronológico para el desarrollo del sistema Obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud.	5	72-74
4	Diseñar, ejecutar y evaluar planes de capacitación en el personal del hospital a fin de concienciar en ellos la necesidad de implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	6	75-81
5	Desarrollar los fundamentos que sostienen un sistema de gestión que incluye misión, visión, políticas, valores corporativos, estructura organizacional, política y objetivos de calidad, indicadores.	7	83-86
6	Establecer, difundir y evaluar el acogimiento a la misión, visión, políticas, valores corporativos, estructura organizacional, política de calidad, objetivos de calidad e indicadores, propios para el direccionamiento de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.	6	83-86
7	Documentar los diferentes procesos y sus respectivos procedimientos, como herramienta estratégica para garantizar que los propósitos que se han planeado y establecido sean consecuentes con las acciones ejecutadas.	7	86-95
8	Implementar a través de diferentes sistemas de comunicación, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	7	75-95
9	Mantener y mejorar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	8	97-108
10	Realizar dos auditorías internas de acuerdo a los procedimientos establecidos, con el fin de recopilar evidencias que den fe, en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	8	97-108
11	Realizar los ajustes necesarios al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de acuerdo a los resultados arrojados en la auditoría.	8	97-108

APORTES AL INGENIERO INDUSTRIAL

Sin duda alguna después de todo este tiempo de trabajo, de producción intelectual y esfuerzo en el Hospital, por entregar lo que todos nosotros esperamos recibir, satisfacción, me doy cuenta que realmente he recibido las herramientas adecuadas para ejercer mi profesión, la profesión de ingeniero Industrial, de ingenio por las personas. Hoy cuando escribo estas palabras y siento que estoy a un pequeño paso de conseguir el certificado de ingeniero, pienso en todas aquellas personas que aportaron a mi formación y en ello debo sentirme orgulloso de mi Escuela. Igualmente he puesto a disposición de la empresa todo el talento que adquirido en la formación integral que ofrece la Universidad Industrial de Santander, a través de la cultura, de todos sus grupos culturales, en especial a TEATRO UIS, quién completó mi formación académica con el arte, la expresión, el sentir, el ARTE, TRABAJO Y PASIÓN. Existen grandes expectativas de quedarme a trabajar con el equipo de LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER S.A. gracias a ese ingenio que he recibido durante todo este tiempo de mis padres, mis profesores y de mi ALMA MATER.